Vasile Preda

•••

TERAPII PRIN MEDIERE ARTISTICĂ

© 2003 Vasile Preda

Reproducerea integrală sau parţială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autorului este interzisă.

Publicarea acestei cărţi a fost posibilă prin sprijinul financiar al S.C. GESIM S.R.L.

Universitatea "Babeş-Bolyai"
Editura Presa Universitară Clujeană Director: Horia Cosma Str. Republicii nr. 24 Cluj-Napoca Tel.: 0264-597401 Fax:0264-591906 e-mail:presa_universitara@email.ro

ISBN 973-610-l94-0

VASILE PREDA

TERAPII PRIN MEDIERE ARTISTICĂ

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ
CLUJ-NAPOCA, 2003

CUPRINS

CAPITOLUL L ART-TERAPIA VIZUAL-PLASTICĂ

9

1.1. Delimitări conceptuale
9

1.2. Experienţe europene şi de pe continentul american în art-terapie. Aspecte istorice

10

1.21. Demersuri şi experienţe europene
10

1.22. Demersuri şi experienţe de pe continentul american
17

13. Esenţa art-terapiei vizual-plastice 20

14. Caracteristici şi mecanisme de acţiune ale art-terapiei vizual-plastice 27

15. Obiectivele, funcţiile şi calităţile art-terapeutului 31

16. Aspecte metodologice ale şedinţelor de art-terapie
37

17. Art-terapia vizual-plastică aplicată în sfera psihiatrică şi a psihologiei clinice
49

18. Caracteristicile produselor plastice ale unor categorii de bolnavi psihici
62

19. Art-terapia vizual-plastică aplicată la persoanele cu diferite deficienţe

67

1.10. Art-terapia vizual-plastică utilizată în

centrele
de reeducare a delincvenţilor 74
Bibliografie 79

CAPITOLUL H. VALENŢELE FORMATIVE ŞI
COMPENSATORII ALE ACCESULUI PERSOANELOR
CU DEFICIENŢE VIZUALE LA OPERELE DE ARTĂ
DIN MUZEE
0<
. o->
21.Albume de artă şi ghiduri muzeale în relief
care
redau picturi 85
22.Vizite "tactile" şi ateliere pentru
însuşirea tehni
cilor de explorare tactil-kinestezică a
operelor de artă
şi a imaginilor tactile ale unor sculpturi sau
picturi 93

2.2.1. Accesibiliatea deficienţilor de vedere
la muzee în Franţa 93
2.2.1.1. Vizite tactile şi ateliere de modelaj la Muzeul Rodin

98
2.2.1.2.Spaţiul tactil şi atelierele destinate
deficienţilor vizuali la Muzeul Luvru 101
2.2.2. Servicii educative la muzeele din Belgia

102
2.2.3. Experienţe italiene privind accesul la
muzee al persoanelor cu deficienţe vizuale 107
2.3. Perceperea şi reprezentarea mintală a sculpturilor de către persoanele cu deficienţe vizuale 108
2.31.Probleme ridicate de sculptori, de muzeografi şi de responsabilii cu conservarea
sculpturilor
110
2.32.Probleme referitoare la perceperea şi reprezentarea mintală a sculpturilor de către
nevăzători 113
Bibliografie 117

CAPITOUL ffl. MELOTERAPIA 121
31.Esenţa meloterapiei 123
32.Rolul meloterapiei în deschiderea canalelor de comunicare 130

33.Locul meloterapiei în cadrul marilor curente psihoterapeutice şi aplicaţiile ei 133
34.Uz şi abuz în utilizarea termenului "meloterapie". Limite ale meioterapiei 137
35.Indicaţii terapeutice ale unor creaţii muzicale 139
36.Metode utilizate în meloterapie 143
37.Receptivitatea muzicală şi testele psiho-muzicale 147
Bibliografie 151

CONTENTS

CHAPTER L VISUAL-PLASTIC ART THERAPY 9
11.Theoretical Considerations 9
12.European and American Experiences in Art Therapy. A Historical Background 10
1.2.1. European Endeavours and Experiences

10
1.2.2. American Endeavours and Experiences

17
13.Fundamentals of Visual-Plastic Art Therapy
20
14.Characteristic Features and Functioning Devices of Visual-Plastic Art Therapy

27
15.The Art Therapist: Objectives, Roles, Qualities 31
16.Methodological Aspects of Art Therapy Sessions

37
1.7. Visual-Plastic Art Therapy Applied in Psychiatry and Clinical Psychology

49
18.Characteristics of Plastic Works with Some Categories of Mentally HI Patients 62
19.Visual-Plastic Art Therapy Applied to the Impaired 67
1.10. Visual-Plastic Art Therapy Used in Rehabilitation Centres 74
Bibliography 79

CHAPTER H. FORMATIVE AND COMPENSATORY ASPECTS OF THE ACCESS OF THE VISUALLY IMPAIRED TO THE ART WORKS IN MUSEUMS -85
21.Art Albums and Museum Guides in Relief Representing Paintings 85
22."Tactile" Visits and Workshops Meant to Develop Tactilo-Kinetic Skills for the Exploration of Art Works and Tactile Images of Various Paintings and Sculptures 93

2.2.1. The Access of the Visually Impaired to Museums in France 93
2.2.11."Tactile" Visits and Modelling Workshops at the Rodin Museum 98
2.2.12.Tactile Space and Workshops for the Visually Impaired at the Luvru Museum 101
2.22.Educaţional Facilities in Belgian Museums 102
2.23.Italian Experiences Regarding the Ac cess of the Visually Impaired to Museums 107
2.3. Perception and Mental Representation of Sculptures in the Case of the Visually Impaired 108
2.31.Issues Raised by Sculptors, Curators and by Those Responsible with the Preservation of Sculptures 110
2.32.Problems Conceming the Perception and Mental Representation of Sculptures in the Case of the Visually Impaired 113
Bibliography 117

CHAPTER ffl. MELOTHERAPY 121
31.The Fundamentals of Melotherapy 123
32.The Role of Melotherapy in Facilitating Communication Channels 130
33.The Importance of Melotherapy and Its Applications in the Great Psiho-therapeutic Trends 133
34.Uses and Abuses of the Term. The Limits of Melotherapy 137
35.Therapeutical Recommendations for Some Musical Works 139
36.Methods Used in Melotherapy 143
37.Musicaî Receptivity and Psiho-musical Tests 147
Bibliography 151

CAPITOLUL I ART-TERAPIA VIZUAL-PLASTICĂ

Motto: "Toate artele contribuie la cea mai mare dintre toate: arta de a trăi".
(B. Brecht)

1.1. Delimitări conceptuale

Adeseori, mâi mulţi termeni sunt utilizaţi ca fiind sinonimi, deşi între aceştia există unele diferenţe semantice. Aşa se întâmplă şi cu termenii: *terapie ocupaţională, ergoterapie, arta în terapie, art-terapie, atelier de creatologie, psihoterapie de creativitate.* Se impun, deci, câteva precizări, în S.U.A., şi în general ţările de limbă engleză, termenul *terapie ocupaţională* ("occupational therapy") înglobează şi ergoterapia, iar în unele cazuri şi art-terapia.

Conform definiţiei propuse de "Council on Standards" (1972), *terapia ocupaţională* este arta şi ştiinţa de a dirija participarea omului pentru îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, susţine şi spori performanţa, de a uşura învăţarea acelor abilităţi şi funcţii esenţiale pentru adaptare şi productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice şi de a promova şi menţine sănătatea. Terapia ocupaţională se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacităţi de a face faţa sarcinilor de zi cu zi sunt ameninţate de tulburări de dezvoltare, infirmităţi fizice, boli sau dificultăţi de natură psihologică sau socială.

Ergoterapia are ca scop crearea unor obiecte şi, prin aceasta, eventual, învăţarea unor tehnici

cu scopul readaptării psihosomatice.

Art-terapia se doreşte a fi *"psihoterapie prin mediere artistică".* Dintre termenii utilizaţi ca fiind echivalenţi, amintim: *psihoterapie artistică, terapie de expresie, psihoterapie de creativitate.* Art-terapia este o modalitate psihoterapeutică mediată prin producţii vizual-plastice (picturale, grafice, de modelaj, sculptură, măşti, colaje etc.) şi prin alte moduri de expresie artistică (muzică, poezie, teatru, dans, expresii corporale). Wiart (1983) preferă să considere practica *art-terapiei* ca o formă de *psihoterapie cu expresii plastice,* încercând, printre altele, să o diferenţieze de ergoterapie şi de terapia ocupaţională. El subliniază mai ales faptul că în art-terapie se utilizează un produs singular, conceput liber şi personalizat, inducându-se, adesea, şi o verbalizare secundară. Pentru Wiart, psihoterapia cu expresii plastice permite o exprimare imediată a unor trebuinţe sau dorinţe ale subiectului, făcând să intre în joc operaţii mintale proprii inconştientului.

Deci, în cadrul art-terapiei, concepută ca psihoterapie cu mediere artistică, includem: *art-terapia vizual plastică, meloterapia* (denumită şi *muzico-terapie sau terapie muzicală), terapia prin dans, terapia prin teatru, terapia prin poezie, terapia prin proză scurtă - basme, povestiri).*

1.2. Experienţe europene şi de pe continentul american în art-terapie. Aspecte istorice

1.2.1. Demersuri şi experienţe europene

Aspectele istorice referitoare la art-terapie, pe care le prezentăm în continuare, reprezintă o sinteză realizată pe baza mai multor cărţi de specialitate, printre care mai importante sunt cele publicate de Klein (1997), Forestier (2000), Boyer-Labrouche (2000), Rodriguez şi Troll (2001).

în 1872, apare prima lucrare care se ocupă de pictura bolnavilor psihici, publicată de A. Tardieu cu titlul *Etude me-dico-legale sur la folie* ("Studiu medico-legal asupra nebuniei"),

ill

în care este dezvoltat mitul artistului "nebun", în relaţie cu teoria lombroziană. Primul muzeu consacrat operelor plastice ale bolnavilor psihici este deschis în 1905 de A. Mărie, şef de secţie la spitalul din Villejuif, de lângă Paris.

între 1902-l912 apar câteva cărţi remarcabile scrise de W. Worringer, W. Kandinsky şi F. Mark, referitoare la arta primitivă din secolul al XX-lea din zonele africane şi Oceania, la arta populară, la picturile amatorilor (pictura naivă) şi la arta copiilor, în anul 1907, ca urmare a experienţei dobândite la spitalul din Villejuif, apare publicaţia *L 'art chez lesfous* ("Arta la nebuni"), la editura Mercure de France din Paris, redactată de medicul Paul Meunier, cu pseudonimul Marcel Reja. în opinia autorului, maladia mintală, prin îndepărtarea persoanei de la realitatea cotidiană, permite găsirea aşa-zisei "inocenţe creative", precum cea a copiilor sau a oamenilor primitivi. Această carte era destinată nu numai medicilor psihiatri, ci şi marelui public, stârnind un mare interes şi în lumea artiştilor.

în 1921, W. Morgenthaler, medicul şef de la spitalul Waldau din Berna, publică lucrarea *Ein Geisteskranker aîs Kunsstler: Adolf Wolfi* ("Un bolnav mintal ca artist: Adolf Wolfi"), care este prima monografie consacrată unui pacient considerat în primul rând artist şi nu caz clinic.

Publicarea de către Hans Prinzhorn, asistent la clinica psihiatrică din Heildelberg, a lucrării *Bildnerei der Geistes-kranken* ("Expresia nebuniei"), în 1922, a avut influenţă enormă asupra lumii artiştilor (Paul Klee, Max Ernst, Paul Eluard etc.) şi asupra cercetărilor referitoare la psihopatologia expresiei. Lucrarea a avut ca suport *analiza* minuţioasă a unui număr de aproximativ 5.000 de picturi şi

desene realizate de 450 de bolnavi din clinici psihiatrice din mai multe ţări europene.

O dată cu primul manifest suprarealist publicat de A. Breton în 1924 şi cu înfiinţarea "Biroului de cercetări suprarealiste", au apărut tot mai multe preocupări de studiere a artei psihopatologice, prin raportare la unele caracteristici ale artei suprarealiste. Lucrările lui S. Freud au fundamentat

teoretic concepţiile -suprarealiste. In pictură, suprarealismul a avut iniţial două direcţii, pe care le întâlnim adesea şi în arta patoplastică şi pe care le are în vedere şi art-terapeutul: a) bulversarea realului şi b) sugerarea misterului pe care-l conţine inconştientul. Iniţial, suprarealismul a apelat la fantastic, la vis, la nebunie, la automatism (Deac, 1994, p. 11). în opinia lui Callois (1971, p. 66), "fantasticul înseamnă o întrerupere a ordinii recunoscute, o năvală a inadmisibilului în şirul inalterabilei legalităţi cotidiene".

în 1924, Jean Vinchon, psihiatru şi pictor suprarealist, în lucrarea *L'art et la folie* ("Arta şi nebunia") propune ca activitatea artistică din spitalele psihiatrice să fie utilizată ca o metodă terapeutică.

Prima publicaţie asupra artei ca terapie este realizată de un artist plastic, Adrian Hill, care publică la Londra lucrarea *Art as an Aid to Illness: an Experiment in Occupational Therapy* ("Arta ca ajutor pentru boală: un experiment în terapia ocupaţională") *m Studio Magazin* nr. 125, august, 1943. Apoi, în 1945, în cartea *An versus Illness* ("Artă versus boală") publicată de Adrian Hill, autorul pretinde că a creat termenul art-terapie pentru a descrie activitatea sa artistică, atunci când a fost bolnav de tuberculoză, activitate care l-a ajutat să se recupereze, experienţa proprie propunând-o şi pentru alte spitale, cu diverse categorii de bolnavi.

în 1946, Mărie Petrie publică lucrarea *Art and Regeneration,* Ed. Elek, London ("Artă şi regenerare"), bazată pe activitatea acesteia din anii '40 în domeniul ergoterapiei, în cadrul căreia încadra şi practica artelor vizuale. Autoarea susţine necesitatea unei formări specifice în domeniul art-terapiei. în Marea Britanie, la spitalul din Natherne, în 1946, pentru prima dată în Europa, a fost angajat

un artist plastic, Edward Adamson, pentru a se ocupa de art-terapie. Acesta concepea artistul plastic angajat într-un spital ca un catalizator care stimula potenţialul creator al bolnavilor şi încuraja comunicarea, fiind capabil să accepte creaţiile pacienţilor

indiferent de forma lor. în 1948, Winston Churchill încurajează atitudinile pozitive referitoare la utilizarea artelor în terapie.

în 1948 apare publicaţia coordonată de A. Breton, intitulată *L 'art des fous, la ele des champs* ("Arta nebunilor, cheia câmpurilor"), în care găsim şi articole scrise de Reja, Prinzhorn, Lacan şi alţii, cu un impact mare în ceea ce priveşte dezvoltarea preocupărilor din domeniul artei psihopatologice şi al art-terapiei.

F. Minkowska (1950) a studiat expresia formelor la copiii şi adolescenţii caracteriali şi a extras concluzii pedagogice, estetice şi psihopatologice din desenele adolescenţilor.

în 1954, R. Volmat a creat "Centrul de Studiu a Expresiei", în cadrul căruia au luat fiinţă, la Paris, primele ateliere de expresie plastică, coordonate de profesorul J. Delay, dezvoltate ulterior de C. Wiart, care a organizat şi un centru de documentare în domeniul expresiilor plastice.

în 1959 s-a desfăşurat la Verona primul "Simpozion Internaţional asupra Artei Psihopatologice" şi a luat fiinţă "Societatea Internaţională de Psihopatologia Expresiei", având ca membri fondatori pe Volmat şi Rosolato (Franţa), Jakab şi Bader (Elveţia), Pero (Italia), Carstairs (Marea Britanic), iar preşedinte de onoare a fost ales profesorul Jean Delay. S-a lansat un curent care considera opera ca un simptom, printre altele, susceptibil de a fi clasificat în semiologie, printr-o confruntare a studiului analitic al documentelor clinice, al semnelor bolii şi a personalităţii bolnavului, în cadrul "Departamentului de artă psihopatologică", în 1963, a luat fiinţă "Centrul internaţional de documentare privind expresiile

plastice".

în 1964 este fondată "Societatea Franceză de Psihopatologia Expresiei", iar în Marea Britanic a luat fiinţă "Asociaţia britanică a art-terapeuţilor (BAAT)" care, în anul 2000, număra peste 800 de membri titulari.

în 1976, în Belgia, ia fiinţă "Fundaţia CREHAM", care promovează activităţile artistice şi culturale ale persoanelor cu

diverse handicapuri, în Franţa ia naştere "Asociaţia AFRATAPEM" care, în colaborare cu Facultatea de medicină din Tours, lansează cercetări şi programe de învăţământ în domeniul art-terapiei iar, începând din 1981, organizează simpozioane internaţionale, în 1977 s-a creat în Franţa "Asociaţia Personimage", având ca obiectiv o mai bună integare a persoanelor cu handicapuri prin intermediul art-terapiei, al expresiei lor artistice.

în 1981, sub responsabilitatea medicului C. Wiart, la Clinica Universitară Paris V (Spitalul Sainte-Anne), "Centrul de Studiu al Expresiei" organizează primele stagii-seminarii, care se adresează persoanelor angajate în practica profesională din domeniul art-terapiei. Tot în 1981, se creează asociaţia "Artă şi terapie" şi apare prima ediţie a revistei *Art et Therapie,* revistă în care se publică rezumate ale experienţelor multiple din domeniul terapiei prin mediere artistică, problematica şi rezultatele unor cercetări, referinţe ştiinţifice, referinţe sau teoretizări despre artă şi conexiunile lor cu terapia, informaţii despre congrese şi simpozioane, despre formarea art-terapeuţilor.

în 1982 ia naştere "Fundaţia Asociaţiei Italiene de Art-Terapie", coordonată de Măria Belfiore, Mimma della Cagnoletta şi Marilyn Lamonica, care au urmat stagii de formare în S.U.A. începând din 1984, în Italia se desfăşoară programe de formare în domeniul art-terapiei. în 1982, "National Health Service" din Marea Britanic recunoaşte profesiunea de art-terapeut.

în 1983 are loc Colocviul Internaţional "Sens Interdit" ("Sens Interzis") de la Lyon, care a făcut parte din programul Fondului Internaţional Cultural "Practici artistice ale persoanelor cu handicap, de vârsta a treia sau bolnave", în 1986

are loc, la Liege, Colocviul European "Art şi Handicap". Tot în 1986, Jean-Pierre Klein înfiinţează în Franţa, la Tours, "Institutul Naţional de Expresie şi Creaţie de Artă şi Terapie" (ÎNECAT), în 1987 are loc la Figeac, în Franţa, primul festival european al artiştilor cu handicap mintal, iar în 1988 ia fiinţă "Asociaţia

Europeană pentru Creativitate a Persoanelor Bolnave şi Handicapate". Tot în 1988 debutează formarea animatorilor din atelierele de art-terapie de la Institutul Naţional de Perfecţionare (INPER) de la Lausanne, Elveţia.

în 1990 are loc Conferinţa "Arts Therapies Education: Our European Future" ("Educaţia prin art-terapii: viitorul nostru european"), desfăşurată la Hertfordshire College of Art and Design, iar la Universitatea din Tours apare lucrarea colectivă *Leş bases de l'enseignement en art-therapie* ("Bazele formării în art-terapie"), ambele evenimente având un impact major asupra formării art-terapeuţior. în 1991 are loc reuniunea de formare a "European Advisory Board of National Art-Therapy Association" (EABONATA) ("Consiliul Consultativ European al Asociaţiei Naţionale de Art-terapie"), la Bale, în Elveţia, cu scopul de a-i reprezenta pe art-terapeuţi ca profesionişti. De asemenea, în 1991 se constituie "European Consortium for Arts Therapies Education" (ECARTE) ("Consorţiul European pentru Educaţia prin Art-terapii"), sub semnătura reprezentanţilor a opt şcoli europene de art-terapie.

în 1992 au loc mai multe evenimente importante: Conferinţa internaţională "Artă, cultură, rituri şi joc în acţiunea educativă" (Montreux, Elveţia); Congresul internaţional "Artă şi medicină" (Tours, Franţa); Colocviul "Artă, Handicap şi Drepturi" (Figeac), în cadrul căruia s-a discutat problema creativităţii unor persoane cu deficienţe şi s-a pus problema protejării operelor acestora.

în 1998 "Societatea Internaţională de Psihopatologia Expresiei" se transformă în "Societatea Internaţională de Psihopatologia

Expresiei şi de Art-Terapie", în urma congresului de la Biarritz.

M

În privinţa pregătirii universitare a art-terapeuţilor prezentăm câteva exemple semnificative.

La Colegiul Hertfordshire din Saint-Albans (Marea Britanic), de aproximativ 17 ani, art-terapeuţii urmează cursuri Şi activităţi practice, desfăşurate în ateliere speciale, în cadrul

departamentului "Artă şi psihologie", parcurgând mai multe module. Modulul l vizează o pregătire teoretică, pe teme precum: ontogeneza desenului; art-terapie şi handicap mintal, psihopatologia artei, activităţi cu psihoticii, biologia artei, creativitate aplicată. Modulul 2 este consacrat funcţionării grupului de art-terapie, în cadrul unor reuniuni săptămânale, animate de un art-terapeut experimentat. Fiecare animator beneficiază de o supervizare clinică, realizată de un psihoterapeut consultant din afara colegiului. Modulul 3 corespunde studierii funcţiei clinice a art-terapiei. în Marea Britanic art-terapia este recunoscută ca o profesiune paramedicală. Majoritatea absolvenţilor lucrează în cadrul Serviciului Naţional de Sănătate, cu bolnavi psihici şi cu deficienţi mintali. Art-terapeuţii lucrează într-o echipă multidis-ciplinară. Cunoştinţele de bază sunt din domeniul psihiatriei, psihologiei şi psihoterapiei. Modulul 4 ia forma unui stagiu clinic, în cadrul căruia fiecare student elaborează un studiu de caz, supervizat de un art-terapeut experimentat. Modulul 5 este destinant practicii în atelierul de art-terapie. Pentru a obţine calificarea, orice art-terapeut din Marea Britanic urmează o pregătire universitară care durează cel puţin patru ani.

în Italia, în anul 1982, a fost înfiinţata "Asociaţia Italiană de Art-terapie", de către Măria Belfiore, Mimma Della Cagnoletta şi Marylin Lamonica, specializate în S.U.A. în 1984 s-a declanşat un program de formare cu durata de patru ani, în art-terapie plastică, dans şi expresie corporală, coordonat de Mimma Della Cagnoletta, cu sprijinul Institutului.Pratt din New York. Programul de formare integrează practica americană din domeniul art-terapiei şi tradiţia psihanalitică

europeană.

Programul de formare al "Asociaţiei Italiene de Art-terapie" caută să dezvolte la participanţi latura logică şi intuitivă. Prin explorarea propriei munci artistice, se poate ajunge ca subiecţii să găsească într-un mod personal rezolvarea contradicţiilor lor interne. Astfel, studenţii ajung să se familiarizeze cu aceste procese pentru a avea capacitatea de a se juca cu

imaginile, de a se pierde în imagini, pentru a se regăsi în simboluri.

1.2.2. Demersuri şi experienţe de pe continentul american

începând din 1925, medicul psihiatru brazilian O. Cezar a efectuat studii de psihopatologia artei la bolnavii dintr-un spital din Sao Paolo. în 1951 a publicat o carte în cadrul căreia clasifică picturile psihopaţilor în patru categorii: desene rudimentare şi automatice; artă simbolică şi decorativă; neoprimitivism; producţii cu caracter "academic".

în 1946, Margaret Naumburg, considerată fondatoare a art-terapiei din S.U.A., alături de Edith Kramer şi de Mărie Petrie, publică lucrarea *Nervous and Mental Diseas Monographs* ("Monografii de boli nervoase şi mintale"), iar în 1947 studiul *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as Means of Diagnosis and Therapy* ("Exprimarea artistică liberă a copiilor cu tulburări comportamentale ca mijloace de diagnostic şi terapie"), argumentând, pe baza experienţei sale dintre anii 1943-l945, că expresia artistică liberă poate fi o art-terapie, iar expresia artistică este adesea o concretizare a viselor. Activitatea sa se bazează pe teoria şi practica psihanalitică, încurajând desenul spontan şi asociaţiile libere.

în 1950 se declanşează în S.U.A. primele programe de formare a art-terapeuţilor, pe baza unor fundamente psihanalitice. In 1961 apare *publicaţia American Journal of Art Therapy,* coordonată de Elinor Ulman. Aceasta a reuşit să reunească numeroşi art-terapeuţi pentru pregătirea terenului în vederea constituirii propriei

asociaţii profesionale, asociaţie care a hiat fiinţă în 1969: "American Art Therapy Association" (AATA) ("Asociaţia Americană de Art-terapie"). în prezent această asociaţie are peste 4.000 de membri, prin ea stabilindu-se standardele educative, de formare profesională şi, de asemenea,

încurajează cercetarea ştiinţifică, precum şi publicaţiile de profil.

în 1974 se creează în S.U.A. instituţia "Very Special Arts International" ("Arte Speciale Internaţionale"), cu scopul promovării la nivel mondial a preocupărilor ştiinţifice de utilizare a artelor şi a tuturor formelor de creativitate pentru persoanele cu handicapuri.

între anii 1984-l985 au avut loc turnee americane cu colecţiile Prinzhom din Heildelberg la universităţile din Illinois, Miami, Chicago şi New York, trezind un viu interes şi contribuind la dezvoltarea unor proiecte de cercetare în domeniul artei pato-plastice.

In 1993, cu ocazia Congresului Mondial de Psihiatrie de la Rio de Janeiro, s-a organizat expoziţia "Arheologia psihicului", de către "Muzeul imaginilor inconştientului", stabilindu-se de către medicul Nise da Silveira o paralelă între desenele unor pacienţi ai spitalului Pedro n şi imaginile arhetipale din diferite culturi, pe baza unei abordări jungiene.

La Colegiul Leysley din

Cambridge, Massachussets, începând din 1974 a fost lansat *masteratul de art-terapie.* Art-terapia, terapia prin dans, teatru, poezie, muzică au fost considerate ca simple discipline ale *terapiilor expresive.* Pentru a se regrupa diferitele practici, a început un program *maşter în terapii expresive.* Responsabilul acestui program, Shaun McNiff, a lucrat împreună cu Rudolf Arnheim, profesor de psihologia artei la Harvard, cu scopul de a aplica în art-terapie rezultatele cercetărilor acestuia. Principiile *psihologiei formei (Gestaltpsychologie)* au fost puse în aplicare în activităţile desfăşurate cu persoane cu boli mintale grave. Art-terapia a avut efecte pozitive asupra autonomiei pacienţilor. Unele lucrări artistice au fost expuse în galerii de renume, facilitând contactul între instituţia spitalicească şi lumea exterioară şi permiţând o înţelegere mai adecvată a maladiilor mintale din partea publicului. Cercetările lui Arnheim au permis să se vorbească despre opere produse de oameni cu maladii, de oameni cu

handicapuri grave. Arta a fost înţeleasă ca o activitate terapeutică bazată pe regulile proprii, specifice, dar şi ca activitate ce poate fi utilzată pentru dezvoltarea unor capacităţi individuale şi pentru terapia unor tulburări.

în faţa tablourilor create de persoane cu boli psihice, s-a pus problema: ce a fost văzut, ce a fost trăit şi ce a fost imaginat? Unele aspecte implică pacienţii şi terapeuţii mai mult decât "arta vizuală." Astfel, mişcările, atingerea, expresia dramatică sunt sau devin componente fundamentale ale realizării tablourilor.

încă de la primele stagii de pregătire şi formare, succesul art-terapiei a fost evident. Numeroşi institutori şi profesori din educaţia specială au terminat cu succes stagiul şi au aplicat această abordare psihoterapeutică bazată pe artă în educaţia copiilor cu diferite deficienţe.

La Colegiul Lesley s-a oferit şi o infrastructură care să permită învăţarea şi formarea profesională continuă, pe baza unei abordări a *art-terapiei creative multiple,* contribuindu-se la dezvoltarea unui concept multidisciplinar al art-terapiei: terapie vizual-plastică, terapie prin dans, terapie prin teatru, muzicoterapie, terapie prin poezie etc. O asemenea abordare contribuie în acelaşi timp la specializare şi la integrare, în timpul formării, participanţii îşi dezvoltă expresia artistică personală. Aceasta este o modalitate foarte eficace de stabilire a unei înţelegeri empatice a implicaţiilor psihologice ale procesului creativ. Imaginile create sunt interpretate cu ajutorul povestirilor, dialogurilor intime, metaforelor, mişcărilor, sunetelor, reflecţiilor psihologice şi estetice. Se recunoaşte viaţa autonomă a imaginii artistice şi se utilizează

creativitatea ca revelator al vieţii psihice a subiecţilor. Interpretarea imaginilor se face, în mod firesc, în grup. Dialogul cu imaginile se prezintă ca un proces care se opune tentativei de a se fixa şi de a se obiectiva diverse "etichete". De exemplu, procesul de elaborare a unei serii de picturi poate servi pregătirii pentru o creaţie individuală sau de

grup, implicând corpul. Astfel, se leagă pictura cu dansul, scrierea cu pictura etc.

în Canada, în Quebec, art-terapia s-a dezvoltat mai ales după 1980, iar în 1981 a fost creată "Asociaţia Art-terapeuţilor din Quebec". Această asociaţie a elaborat un cod etic profesional pentru art-terapeuţi, cu scopul de a se oferi clienţilor servicii de calitate, cu fundament ştiinţific serios. In prezent, există în Quebec trei şcoli de formare, în limba engleză şi în limba franceză, recunoscute de "Asociaţia Art-terapeuţilor". Tehnicile cele mai utilizate de art-terapeuţii din Quebec sunt: pictură, modelaj, desen, desen pe computere adaptate pentru persoane cu deficienţe, artă dramatică. Atelierele de art-terapie sunt concepute ca ateliere de dezvoltare personală. Se oferă următoarele servicii: a) *întâlniri terapeutice* pentru o mai bună cunoaştere de sine, pentru echilibrarea psihică, pentru dezvoltare personală; b) *consultaţii clinice* pentru probleme emoţionale, tulburări de comportament, dificultăţi de învăţare, dificultăţi de adaptare, probleme psihologice legate de handicapuri spnzoriale şi fizice.

Principalele programe din S.U.A. şi Canada, precum şi cele din alte ţări de pe continentul american şi din Europa au stabilizat şi au consolidat identitatea art-terapiei, printr-o combinare a artei, psihologiei şi psihoterapiei.

1.3. Esenţa art-terapiei vizual-plastice

Art-terapia vizual-plastică este o activitate care utilizează metode neverbale, bazate pe creaţia plastică (desen, pictură, sculptură, modelaj, colaj), având *valenţe psihoterapeutice,*

evidenţiate prin obiectivarea activităţii imaginative într-un produs de nuanţă artistică, sau prin receptarea şi trăirea semnificaţiilor unor asemenea produse.

în abordarea diferitelor forme de art-terapie - considerată *ca psihoterapie prin mediere artistică* — credem că este bine

să ne amintim de ceea ce spunea Kandinsky (1994, p. 34): "Atunci când religia, ştiinţa şi morala sunt supuse unei zguduiri, iar stâlpii exteriori de susţinere sunt ameninţaţi de prăbuşire, omul îşi întoarce privirea de la cele dinafară spre sine însuşi. Literatura, muzica şi arta (a se citi *artele vizual-plastice* - n.n.) sunt primele domenii şi cele mai sensibile în care această orientare spirituală se face realmente simţită. Aceste domenii reflectă, de îndată, imaginea sumbră a prezentului şi presimt valori care la început sunt sesizate la dimensiuni infime, doar de foarte puţini, în timp ce pentru marea mulţime a oamenilor ele nu există". De asemenea, după cum subliniază Pavel (1978), trebuie să se ţină seama de faptul că în fiecare tablou este tainic cuprinsă o viaţă, o viaţă cu multe chinuri, îndoieli, cu ore de entuziasm şi de lumină. Desigur, consideraţiile de mai sus sunt valabile şi pentru literatură sau muzică.

în opinia lui Klein (1998, p. 126), *art-terapia este un itinerar metaforic,* iar metafora nu este concepută ca o enigmă în cadrul unei raţionalităţi, ci ca o etapă a itinerarului. Metafora nu este enigma, ci soluţia enigmei. Prin acest vector se stimulează, se facilitează accesul la conţinuturile inconştientului şi/sau subconştientului subiectului. Etapa verbalizării caută să aprofundeze conţinutul, conducând la o conştientizare ce are ca scop realizarea dinamicii terapeutice. Art-terapia trebuie concepută ca un câmp simbolic, ca un proces de transformare de-a lungul creaţiei, ca o nouă cale de comunicare.

Limbajul art-terapiei este cel al analogiilor, prin opoziţie cu limbajul ştiinţific al medicinei sau al psihologiei. Prin art-terapie se pune în funcţie

analogia, în cadrul şedinţelor de art-terapie i se propune subiectului sau grupului un *"obiect analogic"* (un proiect de realizat sau o tehnică de explorare, de contemplare) de-a lungul unei evoluţii care poate să opereze într-un sens terapeutic, substituind situaţia patologică sau blocând-o (Rodriguez, Troll, 2001, p. 37). Pentru atingerea acestui scop, totul depinde de alegerea proiectului art-terapeutic Şi de situaţia în care se intervine cu art-terapia. în şedinţele de

art-terapie sunt cuprinse diverse persoane, în mod individual sau în grupuri. Grupurile pot fi grupuri "de origine" - de exemplu, în art-terapia familială sau "neo-grupuri" - cum este cazul grupurilor terapeutice. Alegerea şi realizarea proiectului art-terapeutic îi permite subiectului să găsească o legătură cu aspiraţiile sale, cu simptomele sale, cu situaţia sa actuală. Desigur, fiind vorba şi de un proiect evolutiv, se vizează şi aspecte ale unor situaţii viitoare. Arta are posibilitatea de a se constitui ca suport relaţional analogic pentru toate tipurile de relaţii ale subiectului: cu sine, cu altul, cu un grup.

Inspirându-se din opiniile lui Wiart, într-o încercare de clarificare teoretică, Dubois şi Samuel-Lajeunesse (1997) consideră că sunt trei moduri de concepere şi de utilizare a artei în psihoterapie: a) *o psihoterapie cu mediere artistică de inspiraţie psihanalitică;* b) *o psihoterapie prin mediere artistică ce privilegiază actul creator ca atare;* c) *o psihoterapie prin mediere artistică bazată pe cognitivism.*

Abordarea psihodinamică a producţiilor picturale ţine seama, în acelaşi timp, de ceea ce este reprezentat şi de asociaţii, de rememorări şi de emoţiile suscitate prin situaţia respectivă. Analiza transferului este, deci, esenţială. Transferul are o anumită specificitate, care rezidă în faptul că el nu vizează numai relaţia pacient/terapeut, ci şi relaţia producţie de nuanţă artistică/pacient/terapeut. Acestei abordări psihodinamice i se opune *psihoterapia prin artă,* care se sprijină pe *dimensiunile cognitive,* privilegiind fie producţia pe cale de a se realiza, adică dinamica şi structurarea spaţiului - considerat ca o expresie creatoare a individului -, fie creativitatea personală (Seban, 2001, p. 192).

Art-terapia este o modalitate psihoterapeutică specifică, pusă la dispoziţia persoanei pentru a se cunoaşte, pentru a face faţă dificultăţilor vieţii

cotidiene şi pentru a surmonta aceste dificultăţi. Graţie unor tehnici apropiate de pictură, desen, modelaj, sculptură, foto-montaj, măşti, marionete etc. fiecare persoană poate să îşi activizeze potenţialul creativ cu scopul de a

explora şi de a-şi înţelege mai bine emoţiile şi sentimentele. Toate aceste "instrumente" sunt utilizate, într-un anume mod, ca *medieri creatoare.* Art-terapia poate să fie utilizată şi ca *modalitate de dezvoltare personală.*

în opinia lui Klein (1994, p. 50), "art-terapia creativă se înscrie într-o mişcare de reîntoarcere la corpul pierdut, faţă de inflaţia discursului mintal (...) Creaţia în terapie rezidă în accesul la formă, ca purtătoare de sens, ea constă mai mult în explorarea sinelui decât a lumii".

Art-terapia se bazează în mare măsură pe valorificarea funcţiilor creative: *funcţia fizionomică, funcţia de manevrare şi de generalizare a formelor* şi '*funcţia simbolică* (Rodriguez, Troll,2001,p. 137-l38).

Funcţia fizionomică desemnează, prin extensie, tot ceea ce dă o expresie, o valoare emoţională unei forme, în fond este vorba de antropomorfism: se animă şi se fizionomizează o lume, care fără aceasta ar părea străină şi moartă. Este un moment în care lucrurile primesc o "faţă", exercitându-se funcţia creativă *fundamentală.* Metoda cea mai eficace pentru a reda o expresie rezidă în deformarea schemelor convenţionale: prin disproporţie şi prin dislocare (deplasarea elementelor formei).

Funcţia de manevrare şi de generalizare a formelor se realizează prin: disjuncţie, aglutinare, geometrizare şi reîntărire. Această funcţie se combină adesea cu funcţia fizionomică şi se contrabalansează una pe alta: forma organizează expresivitatea emoţiei, dar, la fel, emoţia furnizează forme fără de care ea nu s-ar putea exprima.

Funcţia simbolică rezidă, în mare

măsură, în condensarea de imagini, această condensare fiind procesul primar al formării simbolurilor. Fuziunea imaginilor are o mare forţă emoţională. Simbolicii vizuale îi corespunde metafora în domeniul limbajului. Se poate considera că atunci când funcţia de manevare şi de generalizare a formelor intră în acţiune, viaţa primitivă pur fizionomică va fi reprimată, şi atunci pentru prima oară s-ar putea conştientiza semnificaţia unui simbol.

Fizionomizarea dă naştere expresiei, iar *simbolizarea* creează semnificaţia. Expresia este trăită, semnificaţia implică gândirea, conştiinţa.

Dintre funcţiile creative fundamentale ale fiinţei umane, Fivaz (1985) menţionează trei: *formalizarea, fizionomizarea* şi *simbolizarea.* Simetria, asociată cu formalizarea, deschide calea fizionomizării şi simbolizării. Or, formalizarea, fizionomizarea şi simbolizarea sunt şi elemente constitutive ale interacţiunii sociale, urmărită şi prin art-terapie.

Arta ar putea constitui locul de îngemănare a trei dimensiuni ale spiritului, care - după Lacan (1975) - sunt: *imaginarul, realul* şi *simbolicul.* Arta rezidă în crearea unor forme simbolice ale sentimentelor umane, permiţând trecerea imaginii în simbol şi a simbolului în imagine. Arta este un instrument constructor, permiţându-i persoanei să se conecteze cu sine însăşi. Arta dezvoltă *capacităţile de expresie, de comunicare* şi *de relaţionare.*

Art-terapia presupune: a) că se lucrează asupra

expresiei artistice, prelungind-o; b) că se instaurează un proces al creării unui produs "artistic", pe baza unui parcurs simbolic. Acest parcurs este punctat prin *revelaţii-indicaţii de sens*, care sunt mai puţin ale conştientizării semnificaţiilor (aşa cum se cere în psihoterapiile clasice), decât ale transversalităţii ce pune în evidenţă analogii formale între producţiile, figurile repetiţiei alienante a subiectului, istoria destinului său şi cea a relaţiei transferenţiale cu art-terapeutul. De aici, interesul unei psihosemiotici care să obiectiveze aceste analogii într-o cercetare *practică a posteriori* (Darrault-Harris, Klein, 1998).

Pentru anumiţi artişti pare şocant să se pună problema valorii terapeutice a creaţiei, în acord cu Ledoux (1984), considerăm însă ca opera de artă are în primul rând propria finalitate estetică şi cognitivă, dar ea poate fi şi este adesea *expresia funcţiei catartice* a creaţiei artistice, a procesului creativ. De asemenea, este util ca art-terapeutul să aibă în vedere ideile lui Langer (1957) referitoare la artă, pe care o

concepe ca

o creaţie a formelor simbolice ale sentimentelor umane, opera permiţând trecerea de la imagine la simbol şi de la simbol la imagine. Forma artistică dă o structură polarităţilor opuse: eu/altul/celălalt, personal/cultural, material/spiritual, oferindu-i prilejul celui care o practică să accepte coexistenţa lor şi să găsească mijloacele de a le integra.

Art-terapia vizual-plastică este, prin excelenţă, o activitate simbolică, în cadrul căreia subiectul pune între el şi terapeut un produs de nuanţă artistică, o "operă" care are o dublă funcţie - de semnificare şi de comunicare - de-a lungul unui joc transferenţial şi contra-transferenţial, de descoperire a conţinutului psihic latent (Porot, 1984). Art-terapia caută să dezvolte un limbaj' simbolic al problematicii individului, sub forma *metaforelor* şi *simbolurilor,* prin intermediul expresiei artistice.

Simbolurile - scrie Deac (1984, p. 7) - sunt sinonime cu metaforele vizuale sau se exprimă cu ajutorul lor. Culoarea amplifică sensurile simbolice ale subiectului picturii, iar subiectul determină coloritul. Culoarea are trei efecte: un efect "pur fizic", unul psihofiziologic şi unul psihologic. Culoarea, spunea Van Gogh (citat de Elgar, 1994, p. 17), "este sugestivă pentru o anumită emoţie". Prin roşul şi verdele din pânzele sale Van Gogh caută să exprime teribilele pasiuni umane. Culoarea dobândeşte valoare de semn, adresându-se deopotrivă sufletului şi ochiului. Elgar (1994, p. 18) susţine că pe pânzele lui Van Gogh culoarea refortifică desenul, face mai pronunţată forma, suscită ritmul, defineşte proporţiile şi profunzimea. Van Gogh a emancipat culoarea, dându-i

maximum de intensitate şi de sonoritate.

în opinia lui Kandinsky (1994, p. 49) - la un nivel inferior al sensibilităţii sufleteşti - "culoarea nu poate provoca decât un efect ce dispare curând după încheierea stimulării. Dar şi în această situaţie efectul cel mai simplu nu este întotdeauna unul şî acelaşi. Ochiul este mai mult şi mai puternic atras de culorile cele mai deschise, mai calde: roşul de cinabru atrage şi stimulează ca şi flacăra pe care omul o priveşte întotdeauna cu

lăcomie. Galbenul strident al lămâiei, după un interval mai lung, provoacă ochiului durere, la fel ca şi urechii sunetul înalt şi strident al unei trompete. Ochiul se nelinişteşte, nu suportă îndelung privitul şi caută să se adâncească în liniştea albăstruiul sau verdelui".

Referindu-se la semnificaţia simbolică şi la rolul culorilor în expresia plastică, în poezia intitulată *Nemurirea lui,* dedicată lui Picasso, Bălaşa (1972) scria: "Iarna este flacără, în amurg,/ Culorile se aud,/ aleargă, au gând./ Iubesc./ în materia lor, ochiul durerii ascund./ Cerul insomnii de lumină are./ împietrită,/ nelacrima/ duce/ curcubeul paletă în mare". Bălaşa (1973) consideră poeticul, fantezia şi visul ca pe nişte elemente terapeutice, absolut necesare astăzi.

în art-terapie atenţia nu este îndreptată asupra valorii estetice a activităţii artistice, ci asupra procesului psihotera-peutic, adică asupra exprimării specifice şi asupra implicării persoanei în activitatea imaginativă/creativă, în perceperea şi interpretarea produsului artistic, a trăirilor afective şi în posibilitatea de a împărtăşi această experienţă a sa cu art-terapeutul. Pentru a participa la activităţile dintr-un atelier de art-terapie nu este necesară neapărat stăpânirea de către clienţi a unei tehnici artistice.

S-a lansat şi se poate lansa în continuare întrebarea: art-terapia este o profesie relativ nouă sau o aptitudine şi o pricepere suplimentară, atribuită fie "artistului", fie terapeutului?

Astăzi se acceptă de majoritatea psihologilor şi psihiatrilor că *art-terapia este o cale terapeutică originală* care poate fi urmată numai prin modalităţi specifice, cu suport ştiinţific, având drept scop major să contribuie la

reabilitarea şi reinserţia şcolară, profesională şi socială a unor persoane aflate în dificultate datorită unor accidente, boli somatice cronice, boli psihice, boli neuro-psihiatrice, dependenţei de alcool, dependenţei de droguri sau datorită unor deficienţe, tulburări comportamentale, tulburări de conduită etc.

Rodriguez şi Troll (2001, p. 187-l89) includ art-terapia în *strategiile de personalizare,* care la rândul lor cuprind: *strategii identitare, strategii de proiect terapeutic, strategii de poziţionare socială* şi *strategii de coping,* toate acestea permiţându-i clientului să găsească el însuşi modalităţi de înfruntare şi depăşire a crizei existenţiale.

1.4. Caractersitici şi mecanisme de acţiune ale art-terapiei vizual-plastice

Art-terapia se bazează pe puterea catartică, expresivă şi relaţională a artei; emoţiile estetice pot contribui, alături de cele cognitive şi morale, la restaurarea echilibrului psihic al unei persoane. Pentru aceasta, art-terapia pune în lucru mijloace şi metode specifice, ceea ce face ca arta să devină terapeutică prin intermediul specialiştilor avizaţi. Art-terapia se desfăşoară eficient numai în cadrul unei echipe pluridisciplinare, având valenţe psihoterapeutice; ea nu poate fi confundată cu ergoterapia sau psihoterapiile individuale sau de grup.

Mimma Della Cagnoletta (citată de Boyer-Labrouche, 2000, p. 2l-23) face următoarele precizări: a) particularitatea relaţiei în art-terapie provine din caracterul în acelaşi timp unificator şi separator al activităţii artistice; b) operele artistice sunt mijloace de comunicare şi de schimburi de trăiri afective; c) operele de artă sunt simboluri, iar arta rezidă în crearea formelor simbolice a sentimentelor umane; d) în art-terapie, atenţia este focalizată asupra lumii simbolice a subiectului; e)subiectul trebuie ajutat pentru a-şi alege

materialele artistice;
f)se poate ajunge ca o operă să aibă calităţi "tranziţionale"*(de
exemplu, un desen poate funcţiona ca un "obiect tranziţional",
deoarece el reprezintă relaţia dintre subiect şi artist şi devine, la
fel, un obiect concret, utilizat de subiect pentru a menţine
această relaţie.

Concepţia susţinută de Cagnoletta se sprijină pe ideile lui A. Robbins care asociază relaţia interpersonală din art-terapie cu relaţia mamă-copil, în cadrul căreia există o dominanţă a schimburilor non-verbale. Robbins (citat de Boyer-Labruche, 2000, p. 20) a introdus conceptul de *"obiect tranziţionar* în art-terapie. Art-terapia este indicată pentru subiecţii care, într-un stadiu sau altul, prezintă probleme de dezvoltare. Cagnoletta consideră că procesul art-terapeutic intervine în "simbolica pre-verbală", care este foarte importantă atât pentru copii cât şi pentru adulţi. Un alt aspect al procesului creativ din art-terapie rezidă în "trebuinţa formei", fundamentală pentru fiinţa umană, deoarece survine din necesitatea de a da o ordine vieţii interioare şi exterioare, stimulilor care invadează viaţa subiectului şi care antrenează o trebuinţă de exprimare. Forma artistică dă o structură polarităţilor distincte, reasamblând contrastele în acelaşi tot unitar. Căutările pentru a accede la o formă artistică satisfăcătoare îi impun subiectului să aibă capacitatea de a accepta coexistenţa forţelor opuse în însăşi interiorul lui şi să găsească mijloacele de a le integra.

Numeroşi cercetători şi art-terapeuţi (Enăchescu, 1975; Blai, 1979; Forestier, 2000) subliniază faptul că art-terapia este o veritabilă *activitate terapeutică originală,* activitate care are propriile sale obiective - chiar dacă unele dintre acestea sunt interrelate cu cele ale unor psihoterapii sau ale ergoterapiei, în cazul acesteia din urmă, ca şi în gestul grafic sau pictural, fiind implicate şi abilităţile mâinilor.

Focillon (1977, p. 139-l40) aduce un adevărat elogiu mâinilor, scriind următoarele: "Mâna scoate simţul tactil din pasivitatea sa

receptivă, îl organizează în vederea experienţei şi acţiunii, îl învaţă pe om cum să stăpânească întinderea spaţială, greutatea, densitatea, proporţia. Ea creează un univers inedit în care îşi lasă peste tot amprentele. ... Educând omul, mâna îl multiplică în spaţiu şi în timp". Prin intermediul mâinilor "omul intră în contact cu rigoarea gândirii... Ele îi impun o formă, un contur şi chiar o scriitură, un stil... Gândirea formează mâna,

mâna la rândul ei formează gândirea... Gestul care creează exercită o acţiune continuă asupra vieţii interioare".

Referindu-se la ceea ce omul creează prin intermediul mâinilor, pe plan material şi artistic, Leroi-Gourhan (1985) consideră că omul este mai întâi perceptibil în realitatea sa corporală, iar urmarea firească ar fi măsurarea, în primul rând, a rezultatelor acţiunilor mâinii, adică a ceea ce omul a realizat pentru a-şi putea exercita gândirea. In acest sens, Maliţa (1971) vobeşte de "inteligenţa mâinilor". Această "inteligenţă a mâinilor", prin care se exprimă şi unele potenţialităţi creatoare, o pune în lucru art-terapeutul, în modalităţi particulare, specifice diferitelor categorii de subiecţi, în raport cu simptomele, sindroamele, deficienţele sau maladiile de care suferă, realizându-se şi efectul catartic al art-terapiei.

în activitatea sa complexă, art-terapeutul este bine să ţină seama de faptul că, după cum susţine Deac (1984, p. 10), "omul este aşezat între bestiar şi vastitatea universului, însuşi omul are în el o parte animală şi alta ce aparţine naturii spirituale... Omul este situat între lumini şi umbre, între spaime şi speranţe, între viaţă şi moarte, durere şi fericire".

Mecanismul de acţiune a procesului de creaţie vizual-plastică în reabilitarea persoanei aflate în dificultate pe plan psihic este deosebit de complex, implicând mai multe *mecanisme psihice,* pe care le redăm în continuare, adaptate după Windlocher şi Haag (1965), citaţi de Enăchescu (1975, p. 151-153).

a)Expresia plastică liberă, spontană

reprezintă, adesea,
proiecţia conţinutului intrapsihic al persoanei, iar
prin intermediul acestei expresii şi proiecţii se poate
intra în contact direct cu subiectul, facilitând
comunicarea şi consilierea acestuia.

b)"Creaţia plastică" facilitează comunicarea
conţinutului intrapsihic, ideo-afectiv, pe care adesea
subiectul nu poate sau nu vrea să îl conştientizeze
şi/sau să îl verbalizeze.

c)Conţinutul simbolic al limbajului plastic poate deveni cheia interpretării unor perturbări, a unor stări morbide ale persoanei.

d)Activitatea de "creaţie plastică" declanşează sublimarea şi catarzisul - care sunt mecanisme ce pun în libertate tensiunea intrapsihică a persoanei.

e)Produsul de artă finit acţionează asupra autorului ei ca un excitant ideo-afectiv specific, declanşând pentru autor un "dialog psihologic" cu sine însuşi, o introspecţie privind viaţa sa socio-afectivă.

f)Art-terapia vizual-plastică, la fel ca şi meloterapia sau ergoterapia, dezvoltă reacţii şi atitudini pozitive, înlătură izolarea, contribuie la restructurarea imaginii de sine, creează noi punţi spre relaţii interpersonale stenice.

"Limbajul vizual" constituie un grup de comportamente stimul-răspuns care îi îndeamnă pe oameni la comunicare, le reglează unele acte şi le permite exteriorizarea unor stări afective.

Art-terapia vizual-plastică urmăreşte: a) să dea posibilitate subiectului să se exprime şi să se reprezinte prin intermediul formelor, simbolurilor, imaginilor şi culorilor; b) să favorizeze

medierea pentru îmbogăţirea experienţei senzoriale, motorii şi vizuale; c) să utilizeze suporturile de exprimare nonverbale şi verbale cu o puternică notă de personalizare.

în opinia unor autori (Windlocher şi Haag, 1965; Klein, 1997; Boyer-Labrouche, 2000), *activitatea de creaţie vizual-plastică* (desen, pictură, colaje, modelaj, sculptură) are următoarele *valori: expresivă, proiectivă, narativă* şi *asociativă.*

Valoarea expresivă depinde de temperament, de structura afectivă şi de natura reacţiilor tonico-emoţionale care influenţează gestul grafic sau pictural.

Valoarea proiectivă se manifestă prin spargerea cenzurii conştiinţei şi prin evidenţierea conţinutului intrapsihic al

oersoanei, maj ajes a m^r conflicte ideo-afective, a unor emoţii, sentimente, expectanţe.

Valoarea narativă este dată de aspectul faţă de care noi suntem imediat sensibili, care ne atrage atenţia; această valoare narativă constă în căutarea obiectelor reprezentate, pentru care subiectul manifestă interes; de asemenea, rezidă în alegerea temelor şi în particularităţile de figurare legate de structurile imaginarului, de experienţa personală, de unele amintiri fixate în memoria episodică (Durând, 1977, 1988).

Valoarea asociativă: imaginile grafice, picturale sunt rezultatul condensării unor semnificaţii, a obiectivării plastice a unor asociaţii de idei; prin conţinutul lor, prin tematică şi stil, unele produse plastice se apropie de imaginarul oniric, având un efect catartic.

Valorile menţionate îşi pun amprenta asupra *modelelor şi metodelor art-terapiei,* care pot fi predominant *expresive, proiective, narative, asociative sau mixte.* Aceste valori pot fi combinate şi modificate în raport cu utilizarea art-terapiei: a) prin producerea de către subiect a unui obiect vizual-plastic de nuanţă artistică; b) prin perceperea şi trăirea semnificaţiilor unui asemenea produs; c) în raport cu experienţa clinică a art-terapeutului; d) în funcţie de necesităţile impuse de specificul fiecărui caz. în toate aceste situaţii se are în vedere forţa expresivă a produselor de nuanţă artistică, precum şi efectul relaţional şi catartic al acestora.

1.5. Obiectivele, funcţiile şi calităţile art-terapeutului

-In optica Departamentului de Sănătate Britanic, *art-terapeutul* este o persoană responsabilă de organizarea unor programe adecvate pentru activităţi terapeutice artistice desfăşurate cu pacienţii, individual sau în grupuri, posedând o licenţă sau o echivalare printr-un curs de formare, respectiv, o calificare în art-terapie, asigurată de o instituţie abilitată.

In opinia lui Waller şi Woddis (1989, p. 3), obiectivul şedinţei sau şedinţelor de art-terapie este de a dezvolta un limbaj simbolic, care ar avea ca efect accesul la stări afective nerecunoscute, neconştientizate, şedinţele de art-terapie fiind în acelaşi timp un mijloc de integrare creativă a acestor sentimente în structura personalităţii, dând posibilitatea unei dinamici de schimbare terapeutică. Atenţia terapeutului nu se îndreaptă asupra valorii estetice a activităţii artistice, ci asupra procesului terapeutic, adică asupra implicării pacientului în munca artistică, asupra percepţiei propriei munci şi a posibiliăţii de a împărţi această experienţă cu art-terapeutul. Numeroşi pacienţi descoperă că angajarea lor în terapii artistice le dă o şansă de a-şi exprima, într-o ambianţa securizantă, emoţii şi sentimente care uneori sunt inacceptabile sau dificil de recunoscut; ei arată că este mai uşor de comunicat cu un terapeut prin intermediul unei forme artistice, care este un produs personal deschis

discutării şi autoevaluării.

Funcţiile şi calităţile art-terapeutului rezultă din cele de mai j os:

a)îmbinarea artei şi terapiei într-un scop terapeutic;

b)funcţia art-terapeutului nu se limitează la rolul de psihoterapeut în sens strict, ci el vizează un rol social mai larg;

c)ca orice terapeut veritabil, art-terapeutul trebuie să fie deschis spre altul, spe înţelegerea şi acceptarea celuilalt, în sensul definit de Rogers (1974, p. 20), care declara că terapeutul trebuie să se întrebe: "Pot eu să-i permit altuia să aibă un sentiment ostil faţă de mine? Pot eu să accept furia ca o parte legitimă şi adevărată a celuilalt? Pot eu să accept atunci că opiniile sale despre viaţă şi toate problemele sale sunt atât de diferite de ale

mele?";

d) deschiderea spre altul îi dă posibilitate art-terapeutului să îşi îndeplinească funcţia de mediere şi

de comunicare multidisciplinară, ceea ce conduce la o *terapie intermodală',*

e) înţelegerea relaţiei client/terapeut ajută la descoperirea celei mai adecvate modalităţi pentru a rezolva problemele pacienţilor. Pentru aceasta este necesară o pluridisciplinaritate artistică în cadrul unei echipe realmente integrată, cu scopul de a reuşi să însoţească pacientul/clientul în *lumea expresiei* care îi convine cele mai mult.

în art-terapia vizual-plastică se pune în valoare *forţa expresivă* şi *efectul relaţional* al produsului de nuanţă artistică, în activitatea sa, *art-terapeutul se bazează pe:*

contemplarea de către subiect a operei prin explorare vizuală sau tactil-kinestezică (în cazul nevăzătorilor), fiind însoţită, adesea, şi de audiţii muzicale. Aici intervine atenţia intelectivă, reprezentările, imaginaţia şi trăirile afective;

interesul pentru descifrarea mesajelor, care uneori sunt criptice, necesitând interpretarea unor simboluri, a unor metafore;

emoţiile şi sentimentele estetice trăite de subiect, în interacţiune cu cele cognitive şi cu cele morale; asociaţiile ideative ale subiectului. Orice proces creativ - şi mai ales în terapie - se bazează pe un anumit joc imaginativ şi pe dorinţa de a realiza ceva nou. Art-terapeutul este, deci, înainte de toate, un iniţiator al unui joc gratificant, deoarece este "artistic", ghidând subiecţii pentru a încerca să depăşească dificultăţile relaţionale în cadrul marii aventuri a creativităţii, permiţându-le prin aceasta să îşi deschidă porţile spre o remaniere în

interiorul propriei personalităţi şi a relaţiilor lor socio-afective.

Angajarea subiectului, dar şi a terapeutului, în cadrul activităţii de art-terapie, în "jocul terapeutic", duce la stimularea reciprocă a potenţialului imaginativ, creativ al fiecăruia. *Art-terapeutul* este un ghid pentru acest parcurs simbolic, etaforic şi analogic, permiţându-i persoanei (copil, adolescent,

adult) să exploreze creativitatea pe care o emană, să îşi descopere potenţialităţile sale încă nebănuite. Art-terapeutul este un susţinător care ajută persoana să îşi exprime - de-a lungul creaţiei - emoţiile, sentimentele, trebuinţele, temerile, amintirile, visele.

Art-terapeutul oferă un cadru, un timp şi un spaţiu privilegiat pentru acest drum al creaţiei. Persoana care participă la activităţile de art-terapie are toată libertatea de a crea, iar producţiile sale îi aparţin, în cadrul şedinţei de art-terapie este rezervat un timp special convorbirii dintre subiect şi art-terapeut, acesta din urmă ajutând subiectul să îşi găsească cele mai potrivite cuvinte pentru a exprima ceea ce a trăit de-a lungul activităţii creatoare şi ceea ce a produs.

în activitatea sa, *art-terapeutul* poate să se inspire, de exemplu, şi din idei precum cele susţinute de artistul plastic american Rothko (1948), care mărturisea: "... Eu îmi concep tablourile ca nişte piese de teatru: formele din tablourile mele sunt actorii. Ele au fost create din nevoia de a avea un grup de actori care se pot mişca în chip dramatic, fără stânjeneală, şi care pot executa gesturi fără să se ruşineze. Nici acţiunea, nici actorii nu pot fi anticipaţi şi nici descrişi dinainte. Şi acţiunea şi actorii încep o aventură necunoscută, într-un spaţiu necunoscut, în momentul contemplării, printr-un fulger al recunoaşterii, se vede că au calitatea şi funcţia pentru care au fost destinaţi. Ideile şi planurile, existente la început în minte, constituie pur şi simplu uşa prin care părăsim lumea manifestării lor... Tablourile trebuie să fie miraculoase: în clipa în care ai terminat unul, intimitatea dintre creaţie şi creator ia sfârşit. Artistul rămâne afară. Tabloul trebuie să fie pentru el, ca şi pentru oricine îl studiază ulterior, o

revelaţie, o rezolvare neaştepată a unei nevoi familiare".

Unul dintre elementele cele mai valorizante ale art-terapiei, pentru terapeutul însuşi, rezidă în faptul că tehnica abordată face parte intrinsecă din identitatea sa. Esenţial în art-terapie este faptul că pentru art-terapeut, spre deosebire de

artist, important este procesul creativ şi nu atât produsul privit sub unghi estetic.

După cum susţine Forestier (2000), contactul subiectului cu un produs de nuanţă artistică se poate analiza sub unghiul a două tipuri de relaţii: de la exterior spre interior, în cazul contemplării şi din interior spre exterior, în cazul activităţii de producere a unei opere de nuanţă artistică. Impresia artistică, legată de contemplarea "operei" de artă, provoacă o reacţie expresivă, iar producerea "operei" de artă vizual-plastică pune în lucru o activitate expresivă.

Impresia "artistică", legată de contemplare sau de activitatea de realizare a unui produs artistic poate declanşa o *reacţie specifică,* respectiv *expresia artistică. Activitatea expresivă* determină primele observaţii de care se ţine seama în art-terapie. *Expresia* este esenţială nu numai în fenomenul artistic, ci şi în art-terapia vizual-plastică. *Expresia* este o etapă pregătitoare; pe baza ei se creează premisele relaţionalii cu altul (cu alţii). Un corolar al *expresiei* în art-terapie este comunicarea verbală şi nonverbală. Comunicarea verbală şi nonverbală vor determina modalităţile şi orientările "tehnice" pe baza cărora va acţiona art-terapeutul. Deşi sunt cel mai adesea în interacţiune, *comunicarea* şi *relaţia* sunt distincte şi pot fi analizate separat. De importanţă majoră este *efectul relaţional* pe care îl produce activitatea de art-terapie.

Art-terapeutul trebuie să ţină seama de faptul că în procesul de producere a unei opere de artă sunt implicate interrelaţii de genul celor de mai sus. în art-terapia vizual-plastică se porneşte de la prezumpţia că *produsele de nuanţă artistică,* fie că sunt create de subiectul supus art-terapiei, fie că sunt create de altcineva iar subiectul doar le percepe şi *le contemplă, deschid un posibil *"câmp psihoterapeutic".*

în art-terapia vizual-plastică se pun şi

baze le *relaţionării* subiectului cu alte persoane, iar comunicarea nonverbală şi comunicarea verbală sunt un corolar al *reacţiei expresive* sau/şi al *activităţii expresive.* Caracteristicile comunicării verbale şi

nonverbale vor determina, în mare măsură, orientările pe baza cărora va lucra art-terapeutul. Deşi sunt cel mai adesea în interacţiune, comunicarea şi relaţionarea pot fi distincte în cazul art-terapiei pe bază de contemplare şi în cazul art-terapiei acţionale, bazată pe producerea unui obiect "artistic", în art-terapie se poate face distincţia între *comunicare* şi *relaţie. Comunicarea* se caracterizează prin *dominanţa sensului* asupra *funcţiilor existenţiale* (empatie, raport intim, trăiri la unison, vibraţie emoţională prin simpatie etc.). *Relaţia* se caracterizează prin *dominanţa funcţiilor existenţiale* asupra sensului.

în cazul *contemplării* "*operei*" intervin toate percepţiile declanşatoare de emoţii, de reprezentări şi idei, de acte de comunicare verbală şi nonverbală. în opinia lui Forestier (2000), în cazul contemplării unei opere de artă se pot desprinde două *atitudini:*

a) *prima atitudine* se caracterizează prin faptul că persoana care contemplă se opreşte doar la operă, percepând numai aspectul ei formal, iar uneori şi aspectul cultural. Senzaţiile şi intelectul răspund naturii sensibile, cognitive şi, eventual, reperelor estetice ale contemplatorului. După cum susţine Dufrenne (1976, p. 95), "fiinţa vie nu încetează să îşi propage propriul său sens; chiar percepţia cea mai elementară ne asigură că ea nu este în întregime reductibilă la relaţiile de exterioritate; caracterul său de totalitate organizată desemnează o anumită calitate a existenţei unui subiect care se raportează la el însuşi şi care se instalează cuceritor în existenţă". Or, noi credem că şi spre aşa ceva tinde art-

terapia vizual-plastică. Contemplatorul percepe din operă ceea ce îl interesează, în raport cu experienţa sa anterioară, cu trebuinţele sale, iar opera i se oferă prin ceea ce este ea ca atare. Contemplatorul poate considera ca "artistic" un produs realizat în alt scop decât cel estetic, respectiv un anumit produs realizat

prin activitatea expresivă din art-terapia vizual-plastică;

b) *a doua atitudine* rezidă în faptul că subiectul care contemplă "vede dincolo de operă". El percepe opera pe baza unui set, a unui fond aperceptiv, care îi dă posibilitatea să îşi proiecteze unele stări emoţionale, unele conflicte ideo-afective, unele dorinţe, în cazul unor subiecţi, perceperea sensibilă şi intelectuală a operei duc la "depăşirea" acesteia şi la întâlnirea, prin evocare, cu autorul produsului artistic. In aceste situaţii opera este un catalizator, un fel interfaţă între artă, estetică, artist şi contemplator. Ea îl implică pe contemplator în comunitatea celor care receptează opera, cel mai adesea în moduri diferite, permiţând şi stabilirea unor legături interpersonale.

1.6. Aspecte metodologice ale şedinţelor de art-terapie

Practicarea art-terapiei are loc în spaţii asemănătoare cu cele de creaţie ale artiştilor, cu atelierele artiştilor plastici. Astăzi, expresia picturală şi grafică din clinicile de psihiatrie sau din laboratoarele de sănătate mintală este concepută mai ales ca un *câmp şi un timp terapeutic.* Broustra (1987) vorbeşte de un "*dispozitiv spaţio-temporar* al atelierelor de art-terapie, care nu este imuabil, dar este dominat prin ceea ce se numeşte "o stare de spirit" ce trebuie să găsească în fiecare instituţie modalităţi concrete ale aplicaţiilor. Este preferabil ca aceste ateliere să fie frecventate în cadrul unui

orar precis definit, iar starea de spirit adecvată demersului imaginativ/creativ facilitează psihoterapia prin mediere artistică, în cadrul şedinţelor de art-terapie, autori prec

um Chemama şi Roussel (1982) recomandă *neutralitatea binevoitoare* ca o regulă importantă care se cere a fi aplicată.

înainte de toate, dispozitivul de susţinere pe care îl constituie practica terapeutică de atelier trebuie inclus într-an proiect global privind clientul/pacientul. Atelierul de expresie constituie un spaţiu terapeutic, în cadrul căruia are loc psihoterapia prin mediere expresivă/artistică ajutând chimioterapia, psihoterapia de grup şi psihoterapia individuală.

Art-terapeutul trebuie să fie un membru activ şi responsabil al unei echipe multidisciplinare. Se recomandă *reuniuni de sinteză, vizite* şi *întâlniri de lucru,* care vizează obiective şi cerinţe precum cele de mai jos:

informarea privind variaţiile în termeni de spaţiu şi timp, care uneori sunt modificate; cu această ocazie se reafirmă pretenţia psihoterapeutică a atelierului; activitatea unui bolnav într-un atelier nu poate fi disociată de un proiect mai global, insistându-se mai ales pe perspectiva ieşirii din spital şi reîntoarcerea la viaţa socială;

-ajută personalul medical şi paramedical din instituţie să facă faţă rezistenţelor unor pacienţi de a urma un contract psihoterapeutic;

-răspunde dorinţei pacienţilor de a se arăta şi altor persoane din instituţie realizările lor.

Chemama şi Rousel (1982), precum şi Seban (2001) au distins *trei categorii de ateliere de art-îerapie,* acestea diferenţiindu-se după obiective şi abordările terapeutice:

a) *dinamica de grup în atelier,* interesul este centrat pe tipul de comunicare predominant, pe care fiecare participant la activităţile din atelierul

de art-terapie este capabilă le instaur

eze în legătură cu propriile produse. Animatorii acestei categorii de atelier vor fi familiarizaţi cu o abordare comprehensivă a expresiei grafice şi picturale, precum şi cu studierea relaţiilor interpersonale. Animatorii vor analiza locul pe care îl ocupă fiecare subiect în cadrul grupului şi vor evidenţia interacţiunile între subiect şi ceea ce a

produs, precum şi între subiect, produsul său şi alţi subiecţi;

b) *animaţia din atelierul de creativitate:* atelierul de creativitate este un atelier de grup dar, spre deosebire de categoria precedentă, interesul este focalizat pe obiectul produs de fiecare membru din grup, fără a se ţine seama de interacţiuni. Modalitatea ocupaţională din atelier se deplasează aici spre o perspectivă autoterapeutică, pornind de la principiul: a crea este un lucru bun. Autoterapia corespunde elaborării unui drum de regresie care favorizează simbolizarea reprezentărilor şi sublima rea pulsiunilor. Demersul din atelierul de creativitate trebuie propus atât de membrii echipei de sprijin psihologic, cât şi de "mediatorii" preţioşi care pot fi practicienii artelor vizual-plastice. Considerând practicile artistice ca fiind un punct nodal de întâlnire intersubiectivă, Giudicelli (citat de Seban, 2001, p. 196), preconizează crearea locurilor de expresie creativă şi de schimburi sociale, inserând aportul artei în teoria generală a sprijinului, a

asistenţei psihologice;

c) *psihoterapia individuală cu expresie grafică şi picturală:* în privinţa atelierului de psihoterapie individuală, în care intervin cei doi participanţi -pacientul şi terapeutul - problema esenţială este cea a relaţiei transferenţiale. Relaţia dublă pe care pacientul o instituie cu foaia de hârtie sau cu pânza, derulând procesul de expresie picturală, în prezenţa sau mai bine-zis în "co-prezenţa" terapeutului, se înscrie în *relaţia intersubiectivă* dintre pacient şi terapeutul său. în această privinţă, Milner (citată de Seban, 2001, p. 197) consideră că desenele copiilor şi adulţilor psihotici nu au efect, în privinţa sensului lor, decât incluse în cadrul acestei relaţii. Relaţia

intersubiectivă pe care o promovează animatorul terapeut într-o psihoterapie prin mediere expresivă presupune din partea acestuia un control suficient al reacţiilor contra-transferenţiale.

Reuşita şedinţelor de art-terapie depinde de mai mulţi factori, care trebuie gestionaţi cu pricepere, cu ingeniozitate de către orice art-terapeut. Mai întâi este necesar ca art-terapeutul să elaboreze un *proiect,* util pentru următoarele aspecte: structurarea şedinţelor de art-terapie în raport cu un anumit număr de repere; posibilitatea evaluării activităţii de art-terapie pe parcursul derulării ei; o "măsurare" a dinamicii proprii proiectului pe parcursul realizării sale; o evaluare a capacităţii art-terapeutului de a derula adecvat proiectul propus şi de a gestiona cu măiestrie, pe baza unei flexibilităţi adaptative, schimbările neprevăzute în derularea proiectului.

Proiectul art-terapeutic rezidă în răspunsurile la un set de întrebări, pe care îl redăm mai jos, pe baza unei sinteze realizate după Rodriguez şi Troll (2001, p. 265-268):

1. *Cu cine se realizează proiectul art-terapeutic?*

•Care este grupul ţintă, ce tip de clienţi sunt cuprinşi în şedinţele de art-terapie?

•Care sunt criteriile de alegere a subiecţilor (de exemplu: vârstă, sex, interese, patologie)?

•Se impune prezenţa unui co-terapeut sau a unui membru al echipei instituţionale?

2. *Care sunt obiectivele?*

•Pentru client?

•Pentru terapeut?

•Pentru co-terapeut?

•Pentru cel care prescrie şedinţe de art-terapie? •Pentru instituţie?

3. *Acest proiect se înscrie într-un cadru global, mai larg al abordării terapeuticei*

- Care este cadrul instituţional care-l susţine?
- Cu ce echipă se lucrează?

•Definirea locului proiectului art-terapeutic în cadrul muncii în echipă (în interiorul sau în exteriorul echipei).

•Care este poziţia art-terapeutului în echipa multidisciplinară?

•Ce relaţie va avea art-terapeutul cu membrii echipei?

•Care sunt mijloacle de comunicare între art-terapeut şi ceilalţi membrii ai echipei complexe de intervenţie terapeutică (reuniuni periodice, sinteze, rapoarte etc.)?

•Ce informaţii sunt transmise?

Răspunsurile la aceste întrebări sunt necesare pentru elaborarea ulterioară a contractului cu clientul/clienţii.

4. *în ce spaţiu se vor desfăşura şedinţele de art-terapie?*

•Activitatea trebuie să se adapteze locului de desfăşurare?

•Locul poate fi adaptat activităţilor de art-terapie?

•Spaţiul este propriu, special destinat acestor activităţi, sau este împărţit cu alţi terapeuţi?

•Organizarea spaţiului în funcţie de structura proiectului art-terapeutic.

5. *Pe ce perioadă de timp este prevăzută derularea proiectului art-terapeutic!*

•Care este durata şedinţelor de art-terapie şi care sunt criteriile de stabilire a duratei (de exemplu, în funcţie de: tipul activităţii şi de concentrarea pe care o implică; tipul şi specificul clientelei; cadrul instituţional)?

•Care este numărul şedinţelor de art-terapie?

•Care este frecvenţa şedinţelor?

6. *Care este tipologia proiectului*

•Individual?

•De grup: cu câţi participanţi?

•Impus de către instituţie (o prescripţie de nuanţă medicală, psihologică etc.)?

•Proiect ales (de art-terapeut sau de participanţii /clienţii înşişi)?

•Alegerea tipului de proiect se raportează la un grup omogen sau neomogen?

•Proiectul este la cerere? în acest caz se pune problema compoziţiei grupului şi a problemelor de compatibilitate între membri grupului.

•Proiectul este deschis (în genul atelierului liber) sau este de tip închis?

7. *Ce tip de contract se realizează cu clientul/clienţii!*

•Confidenţialitate;

•Realizarea de opere/produse de nuanţă artistică;

•Condiţii de participare;

•Evaluare;

•Participare financiară etc.

8. *Ce funcţii trebuie să deţină art-terapeutul!*

•Participant la grup ca persoană ce conduce ativităţile şi care poate fi chestionată?

•Simplu coordonator al grupului?

•Directiv?

•Non-directiv?

•Garant al proiectului?

•Doar suport tehnic, facilitator?

9. *Ce tehnici utilizează art-terapeutul!*

•La diverse tehnici, ce materiale sunt prevăzute a se utiliza?

10. *De ce fenomene asociate trebuie să ţină seama!*

•Ce loc şi ce importanţă acordă comunicării verbale?

•Care este locul şi importanţa creativităţii personale?

11. *Există necesitatea supervizării în raport cu acest proiect!*

•Asupra căror elemente ale proiectului se

insistă în supervizare (aspecte tehnice, psihologice, de animare)?

12. *Care sunt etapele proiectului art-terapeutic!*

Programa de derulare a proiectului poate fi extrem de liberă sau extrem de structurată. Important este să se cunoască dinainte obiectivele generale şi ce animator se implică.

întrebările pe care şi le pune art-terapeutul sunt:

•Cu ce se începe ?

•Care este înlănţuirea secvenţelor (chiar dacă în ansamblu înlănţuirea secvenţelor este flexibilă şi deschisă inventivităţii, creativităţii);

•Care este timpul necesar?

•Cu ce se termină, care este finalitatea?

13. Pe ce tip de finanţare se pune accentul?

•Pe salarii?

•Pe tot ceea ce este material?

în cadrul şedinţelor de art-terapie, cunoştinţele teoretice medicale, paramedicale, psihologice ale art-terapeutului se vor transforma în competenţe. Cu scopul de a se valorifica la maximum aceste cunoştinţe teoretice şi competenţe metodologice, art-terapeutul va realiza terapia prin mediere artistică în aşa fel încât va acorda o importanţă specială bunei gestionări a informaţiilor pe care în cadrul atelierului de art-terapie le poate furniza. Dificultatea gestionării informaţiilor rezidă în faptul că va trebui să se ia în seamă efectul art-terapiei asupra subiecţilor şi, concomitent, orientarea terapeutică a artei.

Art-terapeutul va stabili un protocol terapeutic, ca urmare a diagnosticului medical şi psihologic. Acest protocol este constituit din ansamblul elementelor puse în lucru de art-terapeut în activitatea sa, în raport cu clienţii şi obiectivele şedinţelor de art-terapie. Pentru o corectă abordare a gestionării informaţiilor, este necesar ca mai întâi să se ia în considerare obiectivul terapeutic şi calea adaptată pentru atingerea acestuia.

Calea aleasă pentru atingerea obiectivului terapeutic se compune din mai multe secvenţe de

acţiune, cu anumite nivele de organizare. Se vor lua în seamă obiectivele generale şi intermediare care orientează sau determină natura activităţii. Elementul de bază, esenţial în evaluare, este itemul. Itemul este cea mai mică unitate evaluabilă de la nivelul organizării şedinţei de art-terapie. Itemul se raportează la fapte precise, care pot fi

abordate cantitativ, calitativ, funcţional sau descriptiv. Itemii vor putea fi evaluaţi în mod obiectiv (itemi "măsurabili"), vor putea fi interpretaţi (prin raportarea la mai multe fapte şi cunoştinţe conexe observaţiei), sau resimţiţi afectiv (impresia şi emoţia estetică a art-terapeutului).

Itemii raportaţi la obiectivul general sunt itemi generali, cei raportaţi la obiective intermediare sunt itemi specifici. Atunci când vizează ţinte precise, itemii sunt punctuali, urmărindu-se depăşirea unor dificultăţi, pentru a se atinge obiectivele intermediare.

Itemii au o funcţie dublă:

-*teoretică:* itemul vizează elementele teoretice care determină în mod logic şi natural art-terapia, fiind im suport pentru proiectarea, organizarea şi desfăşura rea şedinţelor de art-terapie;

-*practică:* itemul vizează activitatea din cadrul şedinţei de art-terapie. Itemii practici pot să apară în mod surprinzător, fără să fie anunţaţi sau vizaţi. De exemplu: un subiect cu întârziere mintală profundă care reproduce grafic cu exactitate un anumit animal (să ne amintim de aşa-numitul "Rafael" al pisicilor) sau altul care reproduce cu exactitate o arie muzicală la pian; un nevăzător care pictează sau modelează cu exactitate diferite personaje etc. Acestea

sunt câteva exemple care pot apare în şedinţele de art-terapie, în cadrul cărora activitatea poate ieşi din cadrele obişnuite şi din "logica teoretică", pentru a face să apară fapte specifice şi surprinzătoare ale expresiei individuale a subiecţilor. Art-terapeutul va trebui să ţină seama de aceste aspecte şi să le consemneze în *Fişa de observaţie.*

După cum subliniază Forestier (2000, p. 70-71), în activitatea sa, art-terapeutul poate utiliza o fişă de observaţie, care este un document sintetic, având funcţia de control şi de gestionare adecvată a activităţii de art-terapie, în raport cu

obiectivele. Fişa de observaţie se utilizează în art-terapia individuală. Ea trebuie să fie adaptată situaţiei concrete. De exemplu, deşi are şi elemente comune, fişa de observaţie din psihiatrie diferă de cea din alte sectoare.

Activitatea art-terapeutului poate viza studiul unui caz, grupe mici (de la şase la zece persoane) sau grupe mari (de zece-optsprezece persoane). Cu cât grupa este mai mare, cu atât obiectivul devine mai difuz, mai greu de realizat, pierzându-se în dinamica generală a grupului. Deci, dintr-o veritabilă urmărire terapeutică individuală, fişa de observaţie se transformă într-o fişă de observare a dinamicii gupului, a animaţiei art-terapeutice. Din punct de vedere metodologic, o activitate de art-terapie se descompune în secvenţe, iar secvenţele în momente ale activităţii, ceea ce uşurează utilizarea Fişei de observaţie.

în cele ce urmează, prezentăm *Fişa de observaţie a derulării şedinţei de art-terapie* propusă de Forestier (2000, p. 73-77), care cuprinde mai multe rubrici.

L Generalităţi:

-identificarea subiectului/pacientului;

-reperajul şedinţelor (frecvenţă, loc de desfăşurare etc.);

raţiunile participării la art-terapie (cine a luat decizia şi care sunt motivele);

prezentarea subiectului/pacientului (anamneză, capacităţi şi trăsături fizice, intelectuale, afective, cultural-artistice, gustul pentru artă, comportament general, calităţi ale atenţiei - mai ales

gradul de concentrare şi stabilitatea atenţiei, aparataj necesar etc.);

-intenţiile sanitare/medicale ale pacientului;

-intenţiile artistice ale pacientului;

-natura şi elementele auto-evaluării subiectului/paci

entului (medicale/sanitare, estetice);

prezentarea art-terapeutică (obiective generale, intermediare - dacă este posibil, bilanţul medical etc.); prezentarea artistică (tehnica dominantă, fenomene asociate, activitate artistică de nivel I, de expresie (fază de trecere de la spontan la activitate voluntară orientată spre estetic) sau activitate artistică de nivel II (faza trecerii relative la tehnici ale artei universale), metode vizate, acţionai expresiv sau contemplativ, capacitate estetică; măsurarea/evaluarea itemilor de bază şi justificarea alegerii itemilor şi a unităţilor de măsură/evaluare pentru itemii analizaţi, interpretaţi sau resimţiţi. H. Fenomenul artistic:

- impresia (capacităţile şi posibilităţile senzoriale ale clientului/pacientului);
- intenţia: a) orientarea, dorinţa şi voinţa unei cercetări estetice; b) natura expresiei (verbală sau nonverbală; directă sau indirectă; confuză; existenţa intenţiei, dar aceasta este necomprehensibilă);
- acţiunea (punerea în lucru a mijloacelor, metodelor şi a tehnicilor unei activităţi care tinde spre un scop estetic); capacitate de adaptare, de cercetare şi de invenţie a mijloacelor;
- producţia: a) generalităţi: în ce constă ansamblul producţiilor artistice; b) natura acestora: vizuală (de exemplu: arte plastice, scriere, arhitectură, arte florale şi naturale), auditivă (de exemplu: muzică

instrumentală, muzică vocală), chinestezice şi
kinetice (de exemplu: teatru, dans, arte adaptate circului etc);

-capacităţi estetice (expresia gustului artistic,
plăcerea şi emoţia estetică, capacitatea de evaluare
critică, coerenţa binelui şi frumosului);

dinamica între activitatea artistică de nivel I şi activitatea artistică de nivel n (capacitatea de a

utiliza energia şi plăcerea cât mai profund, pentru a realiza o producţie stăpânită din toate punctele de vedere). HI. Capacităţi relaţionale:

-expresia (trecerea de la activitatea instinctivă la activitatea voluntară dirijată);

-comunicarea (raporturile cu altul pentru transmiterea unei informaţii);

-relaţia (principiul unificării cu altul în cadrul activităţii art-terapeutice);

-implicaţiile relaţionale: comportamentul general în cadrul relaţiei, metoda (sau implicarea art-terapeu-tului), dinamica (sau implicarea clientului/ pacientului);

-coerenţa între elementele relaţiei.

IV. Bilanţul şedinţei de art-terapie:

-descrierea şi înlănţuirea secvenţelor, a momentelor şedinţei de art-terapie;

-aprecierea de ansamblu a şedinţei de art-terapie;

-limitele şedinţei de art-terapie; modificări sau fapte surprinzătoare care au apărut în timpul şedinţei de art-terapie;

-apariţia unor itemi practici: natura, condiţiile şi raţiunile interesului pentru aceşti itemi;

-interesul clientului/pacientului pentru activitatea de art-terapie;

-importanţa verbalizărilor (comportamentului verbal);
-diverse aspecte care pute au să i

nfluenţeze clientul/ pacientul.

V. Analiza şedinţei de art-terapie:

-obiective intermediare (atingerea acestora fiind obligatorie pentru a se atinge obiectivul general);

-piste de acţiune (natura, starea, localizarea şi descrierea situaţiilor dificile);

-nivel de organizare (nivelurile atinse, natura acestora);
-ţinte (determinarea mijloacelor puse în acţiune pentru a atinge aceste ţinte);
-itemi teoretici şi itemi practici: urmaţi de măsuri (grila itemilor);
-calitatea mijloacelor puse în lucru;
-analiza menţinerii sau schimbării dominantei referitoare la obiectivul major şi analiza raporturilor cu fenomenele asociate;
-erori (natura, cauza, importanţa, efecte produse).

în *activitatea de evaluare a şedinţelor de art-terapie* trebuie surprinse şi *implicaţiile relaţionale,* analizându-se următoarele aspecte propuse de Forestier (2000, p. 138):

-*modul de relaţionare al clienţilor/pacienţilor* - determinat mai ales de maniera de a fi a subiecţilor: agresivă, amicală, simpatică;
-*funcţia relaţională* - rolul atribuit relaţiei (de exemplu: defensiv, de culpabilizare, de justificare);
-*metodele utilizate,* adică modurile de articulare între elementele care constituie secvenţele propuse de către art-terapeut. Metodele pot fi: directive (de supunere strictă); dirijate (ghidare în timpul

acţiunii); semi-dirijate (implicare mai puţin decât dirijată); deschise (cu rol de punct de plecare în activitate); libere (acţiunea se creează de la sine, liber);

-*dinamica relaţională:* natura şi calitatea implicării clientului/pacientului. Dinamica poate să se impună metodei, să o determine sau să o influenţeze.

în unele situaţii poate să apară un decalaj între proiectarea activităţilor art-terapeutice şi realitate, respectiv modul de realizare a acestora în raport cu obiectivele, decalaj care va fi analizat cu atenţie de art-terapeut, pentru a proiecta cât

mai adecvat următoarele şedinţe de art-terapie. Acest decalaj ar putea induce activităţi noi şi va completa evaluarea muncii realizate, în *Fişa de observaţie* există o rubrică specială referitoare la aceste aspecte, urmărindu-se: suita logică a şedinţelor precedente; natura exploatării dominantei referitoare la obiectivul major; elementele noi care pot să apară (urmate de o analiză a acestora); eventualitatea apariţiei itemilor practici. *Fişa de observaţie* se încheie cu o sinteză şi cu un *bilanţ,* cuprinzând concluziile referitoare la activităţile desfăşurate în şedinţa de art-terapie.

Bilanţul este o interfaţă între art-terapeut şi dosarul medical al pacientului, integrându-se apoi în acest dosar, în bilanţ se vor menţiona: a) obiectivele generale şi interesul lor; b) concluziile evaluărilor şi raporturile cu obiectivele; c) descrierea generală a şedinţelor de art-terapie; d) situaţii şi fapte remarcabile, deosebite; e) consecinţele art-terapiei; f) modificările aduse în viaţa cotidiană a pacientului; g) dacă acest bilanţ a fost confirmat sau a fost infirmat de alte persoane, în afară de art-terapeut (cu ocazia sintezei echipelor, convorbirilor cu familia etc.). Bilanţul trebuie să fie concis, clar, precis, cu termeni care să fie înţeleşi de toţi membri echipei terapeutice şi educative.

1.7. Art-terapia **vizual-plastică aplicată în sfera psihiatrică şi a psihologiei clinice**

în cele ce urmează, menţionăm câteva

preocupări legate de psihopatologia expresiei, cu ecou asupra art-terapiei. Interesul, mai ales antropologic, suscitat de arta psihopatologică a permis organizarea unor expoziţii internaţionale cu producţiile artistice ale bolnavilor psihici. Abordarea ştiinţifică a acestor modalităţi de expresie patoplastică a avut drept consecinţă apariţia a numeroase studii, înfiinţarea unor instituţii de profil, apariţia unor publicaţii periodice şi desfăşurarea unor reuniuni

internaţionale în care s-au dezbătut complexele probleme ale acestui subiect incitant.

încă de la începutul secolului al XX-lea, Reja (1907) vorbea de un impuls de creaţie în sfera artistică, cu note particulare la diferiţii bolnavi psihici. El sublinia faptul că produsele artistice ale bolnavilor psihici pot fi analizate ca modalităţi prin care subiecţii îşi exprimă unele tendinţe inconştiente, activitatea de realizare a acestora având rol catartic. Lucrările de sinteză realizate de Reja (1907) şi de Vinchon (1924) analizează probleme ca: arta şi perversiunile instinctive; arta, constituţia epileptoidă şi epilepsia; arta şi schizofrenia; arta şi celelalte forme de psihoze.

în 1921, psihiatrul W. Morgenthaler (citat de Klein, 1997) a fost impresionat de productivitatea bolnavului Adolf Wolfi, cu demenţă paranoidă, autor al câtorva mii de desene şi de colaje, de descrieri în proză, de poezii şi de piese muzicale. Aceste producţii au fost analizate de Morgenthaler, care în monografia respectivă sublima faptul că pacientul se remarca printr-un deosebit simţ al spaţiului, al raporturilor dintre întreg şi părţi, dintre unitate şi multiplicitate, dintre asemănător şi contrastant. Aceste caracteristici au fost numite de Morgenthaler "funcţii ordinatoare, reglatoare", ceea ce înseamnă că realizarea acestor producţii de nuanţă artistică avea efect benefic asupra psihismului şi comportamentului pacientului.

în 1922, Hans Prinzhorn, în cartea referitoare la operele plastice ale bolnavilor mintali, îşi propune să contribuie la dezvoltarea unei psihologii şi psihopatologii a formei, pornind de la premisa că desenul şi pictura sunt o expresie a întregii personalităţi. Prinzhorn a fost doctor în ştiinţe psihiatrice, în filozofie şi istoria artei, interesându-

se de definirea specificităţii produselor plastice ale bolnavilor mintali. Demersul lui Prinzhorn se deosebeşte în foarte mare măsură de cercetările anterioare (F. Mohr, 1906; H. Rorschach, 1913; P. Shilder, 1918; W. Morgenthaler, 1921), el realizând la Heidelberg şi o colecţie de opere ale unor bolnavi mintali care nu erau artişti,

dar care resimţeau o necesitate imperioasă de a creea. Spre deosebire de atitudinile tradiţionale ale psihiatrilor, Prinzhorn îşi exprima entuziasmul estetic, admirând aspiraţia spre absolut a unora dintre aceste opere, ca efect al tendinţei bolnavilor mintali de a răspunde şi unor întrebări existenţiale marcate de specificul bolilor de care sufereau.

Referindu-se la arta bolnavilor psihici, Breton (1932) arăta că aceştia se manifestă prin expresii admirabile, în care el nu este constrâns niciodată şi nu este condus de scopuri "conformiste". Mecanismele creaţiei artistice sunt, în acest caz, eliberate de orice canon sau constrângere.

începând din deceniul cinci al secolului al XX-lea, mai mulţi cercetători au abordat problematica "artei brute", estetismului marginalităţii şi diferenţelor dintre art-terapie şi arta brută (J. Dubuffet, 1949; M. Naycensas, 1979; M. Thevoz, 1975, 1990).

Arta brută îmbină o necesitate interioară nestăpânită, o ignorare a canoanelor culturale (provocată de marginalitatea socială sau de spitalizări psihiatrice de lungă durată), o indiferenţă faţă de mersul curentelor artistice, creatorul fiind, cel mai adesea, singurul destinatar al operei sale. Arta brută poate să se utilizeze în art-terapie ca manifestare imaginativă, iar în cazul unor maladii psihice ea este o mărturie concretă a figurării acestei lumi percepută şi simţită ca fiind prea complexă şi terifiantă (Klein, 1978, p. 32-33).

Art-terapia se deosebeşte fundamental de arta brută prin finalităţile operelor: bolnavul se exprimă de-a lungul operei sale pentru un public restrâns (echipa terapeutică), nu pentru o mulţime de persoane precum în expoziţii. Se constată o progresie în cronologia operelor, uneori cu

o netă deteriorare a imaginarului şi a creativităţii. Art-terapia este o completare eficace a tratamentului medicamentos. Art-terapia nu este o autoterapie, ci mai ales o acompaniere de către psihoterapeut a procesului de creaţie, un proces de transformare a capacităţilor de expresie a eului. în schimb, operele artei brute sau ale celei

suprarealiste, cu toate că se nasc în mod similar în imaginar şi prin creativitatea artistului, sunt destinate unui public larg.

Dubuffet (citat de Klein, 1997, p. 32) avansează ideea că mecanismele creaţiei artistice sunt aceleaşi la toţi oamenii şi din acest punct de vedere nu trebuie să se departajeze arta bolnavilor psihici de producţiile realizate de alte persoane. Unii exponenţi ai "artei brute" recunosc unele producţii ale subiecţilor psihotici ca aparţinând acestei mişcări avangardiste. Se aminteşte faptul că arta brută ar avea avantajul de a antrena o creaţie vie, de nuanţă expresiv-reactivă. După opinia lui Dubuffet, apariţia neurolepticelor a provocat o pierdere sau o slăbire a capacităţilor de creaţie. Pentru el, operele sunt legate de un spirit refractar la normele sociale şi culturale. Ambiguitatea artei brute se *bazează* pe indiferenţă, când este vorba de evoluţia creatorului. Artistul care realizează aşa-numita artă brută este un individ orientat spre esenţa lucrurilor şi se bazează pe mitologia lui personală. O dată ce acest artist a găsit răspunsurile sale, el renunţă la a căuta în continuare noi modalităţi de exprimare şi arta sa rămâne statică. Acest caracter static distinge radical arta brută de producţiile din art-terapie, care prin definiţie sunt evolutive, cu repercusiuni asupra dinamicii mintale a creatorului lor.

Volmat (1956) a studiat simbolurile şi temele plastice, a investigat relaţia regresiilor arhaice cu artele primitive, apoi cu arta modernă şi a publicat într-o monografie cinci studii referitoare la marile probleme ale artei psihopatologice: lumea formelor; simbolurile şi temele plastice; artele şi gândirea arhaică; poziţia artei moderne; terapia de grup prin artă.

Wiart (1967) propune o codificare a operelor plastice în

vederea clasificării "ştiinţifice" a acestora în termenii psihopatologiei, datele obiective ale-operei şi autorului fiind puse în corespondenţă. Codul analizei picturale cuprinde o analiză formală: materia, formatul, suprafeţele încercuite, limitate sau nu, valoarea umbrei şi luminii, valoarea culorii, a formelor (circulară, stereotipă, geometrică etc). Analiza semantică lingvistică se referă la măsura în care opera este

imediat identificabilă, denumită verbal sau este ambiguă. Analiza semantică analizează temele (de război, legate de poliţie, religie, viaţă domestică etc.), detaliile, umbrele, locul, timpul, numărul de reprezentări animate sau inanimate. Toate se condensează într-un borderou de analiză picturală. Se procedează în mod independent pentru un cod al analizei psihopatologice a creatorului, al analizei psihobiografice, cu date despre părinţi, fraţi, copii, viaţă sexuală, viaţa conjugală, habitat, studii, religie, profesie, loisir, activităţi politice şi artistice etc. Analiza neuropsihiatrică vizează diagnosticul, simptomele, biotipologia, trăsăturile constituţionale, spitalizările. Toate acestea sunt cuprinse într-un borderou de analiză neuropsihiatrică.

Cercetările referitoare la psihopatologia expresiei au fost, la început, legate de o lectură semiologică psihiatrică a picturilor pacienţilor şi nu atât de art-terapie. Treptat, s-a impus o abordare art-terapeutică şi s-au înfiinţat ateliere terapeutice de expresie (expresie picturală, expresie muzicală, expresie corporală).

Psihiatrii preocupaţi de psihopatologia artei au lansat, treptat, mai ales art-terapia vizual-plastică, din momentul în care au fost tentaţi ca prin artă să realizeze o punte de legătură cu psihoterapiile. Astfel, ei au renunţat să privească producţiile plastice ale bolnavilor doar ca expresie a unor simptome sau sindroame. Studiile de psihopatologia artei (Bobon, 1962; Scharbach, 1987; Broustra, 1988) au pus la dispoziţia art-terapeuţilor modele teoretice şi metodologice de abordare a creaţiilor plastice realizate de pacienţi cu diferite boli psihiatrice, în mare măsură, interpretările erau de nuanţă

psihanalitică, considerându-se că produsele artistice ale bolnavilor sunt expresia unor pulsiuni, a unor complexe, a unor tendinţe inconştiente sau subconştiente. H. Ey, în studiul *La psychiatrie devant le surrealisme* ("Psihiatria în faţa suprarealismului"), consideră că trebuie să diferenţiem opera unui schizofren talentat de cea a unui suprarealist, în pofida unei relative coincidenţe a valorii estetice a creaţiilor acestora. Se consideră

că artistul produce opera estetică detaşându-se de pânza sa, pe când bolnavul psihic rămâne indisolubil legat de opera sa. H. Ey subliniază faptul că produsul estetic patologic, cel care emană direct din nebunie, are o structură specială; acest produs nu este operă de artă, ci "obiect estetic". Prin aceasta - arată H. Ey - se realizează în aşa măsură idealul suprarealist, încât nici un suprarealist nu-l va putea vreodată atinge, dacă nu e cu adevărat nebun. Dar, legat de aceste probleme, trebuie să ne amintim remarca lui Salvador Dali (1985), care spunea că singura deosebire dintre el şi un nebun este că el nu este nebun, dar utilizează în mod conştient tehnici patoplastice.

Deci - după opinia lui Seban (2001, p. 13-l4) -, arta şi "produsele artistice" specifice psihozei nu aparţin aceluiaşi domeniu, fiind fundamental diferite. Arta este rezultatul unei activităţi umane valorizată la cote înalte şi legată de noţiunile: abilitate, talent şi chiar geniu, în esenţa sa, arta este legată predominant de zona Eros-ului, fiind rezultatul unei activităţi constructive, creative, care vizează expresia unui ideal estetic. Pe de altă parte, psihoza este situată pe versantul dominant al Thanatos-ului. Experienţa creatoare a subiectului psihotic se distige de cea a creatorului normal psihic prin faptul că prin traiectoria sa această experienţă nu este conştientă, nu este intenţională.

Psihozele desemnează maladii mintale considerate ca fiind cele mai grave. Psihoza poate corespunde unei profunde destructurări, tranzitorie sau durabilă, a aparatului psihic uman. Etiologia sa este legată adeseori de o leziune organică sau de grave tulburări neuro-fiziologice. Seban (2001, p. 222-223) subliniază faptul că suferinţa mintală care însoţeşte psihoza se

exprimă printr-o alterare majoră a simţului realităţii, precum şi prin manifestări dezadaptative ale gândirii şi ale comportamentului, în contextul destructurării sistemului de coduri verbale şi grafice ale limbajului, psihoza transformă în mod fundamental modalităţile expresive ale persoanei, în general, şi ale persoanei creatoare în special. Pentru artist, opera are o dimensiune

eminamente socială, oferindu-i acestuia ocazia să ocupe un loc aparte în grupul creatorilor. Pentru subiectul psihotic, *"figurarea delirantă"* este rezultatul unui elan expresiv de natură "vitală". Ea ţine loc de "proteză identitară". Producând o "figurare delirantă", subiectul psihotic materializează, într-o relaţie fuzională a lumii, o neo-realitate. în cadrul "figurării delirante" conţinutul manifest este confundat cu conţinutul latent. Seban a realizat un studiu clinic, pe baza observaţiei sistematice a trei pacienţi care au realizat desene şi picturi pe parcursul unui episod psihotic acut. Observaţiile l-au condus la ipoteza că *figurarea delirantă*" s-ar desfăşura începând din momentul stărilor depresive ale delirului, deoarece pentru fiecare caz s-au constatat aceleaşi secvenţe evolutive: delir, depresie, producţie, adaptare.

Practica art-terapeutică de nuanţă psihoterapeutică îi propune subiectului psihotic un context spaţio-temporal în care o comunicare mediatizată prin expresia grafică sau picturală va avea o anumită semnificaţie, în cadrul unor expoziţii cu produse ale psihoticilor, acestea primesc rangul de obiecte de artă, conferind autorilor un nou statut, de persoane care se exprimă în mod specific, grafic sau pictural, în funcţie nu numai de maladia de care suferă, ci şi de un anumit potenţial imaginativ anterior bolii.

La baza efectelor terapeutice ale artei stă *expresivitatea,* prin redescoperirea puterilor senzorialităţii, pe care o induce. Arta -scrie Tellier (1990, p. 145) - nu este o terapie în sine, dar prin efectele pe care le produce pentru bolnav ea este terapeutică. Arta este terapeutică în măsura în care permite o

redescoperire a senzorialităţii, mergând spre o revalorizare a personalităţii şi spre o restaurare narcisică (în special în stările depresive). Imaginea corpului, dar şi echilibrarea afectivă se pot construi în mod evident în şi prin comunicarea cu mediul care asigură senzorialitatea. După cum afirmă Laroche-Gasarabwe (1990, p. 70), "fiecare loc, fiecare obiect, fiecare fiinţă este încărcată cu energie, omul percepe lumea exterioară prin

organele sale de simţ, ceea ce duce la elaborarea de gesturi, de cuvinte, de gânduri, de sentimente, de reacţii organice, între toate aceste elemente apar relaţii şi influenţe complexe".

Forestier (2000, p. 35) consideră că se poate deschide un "câmp al esteticii" chiar şi în patologii grave, fapt demonstrat prin arta patoplastică. Dar, după cum subliniază numeroşi esteticieni, este foarte important să se distingă artiştii deveniţi bolnavi, de bolnavii care se "improvizează" în artişti. Desigur, unele aspecte ale art-terapiei vizual-plastice la aceste două categorii de subiecţi au anumite note specifice.

La persoanele cu diferite boli psihice şi psihiatrice sau la deficienţii mintali poate lipsi intenţia realizării unui produs cu o calitate estetică; dar, adeseori, se poate spune că există, totuşi, o anumită calitate estetică în lipsa intenţiei exprese de a o realiza, în art-terapie nu departajăm persoanele în "buni artişti" sau "slabi artişti", ci este vorba de "creatori" a căror "operă" este saturată de forţe profunde sau de "creatori" ale căror forţe sunt mai slabe, prin lipsa spontaneităţii. Produsele aşa-zis artistice ale unor asemenea persoane nu sunt, în mod obligatoriu, lipsite de facultatea de *a plăcea.* Aceste produse pot cel puţin să acceadă de la orientarea *\K\e\placeri arhaice şipulsionale spre o plăcere personalizată şi voluntară,* graţie dinamicii şi mijloacelor artistice. Or toate acestea sunt puse în lucru prin art-terapia vizual-plastică.

Plăcerea estetică poate fi concepută ca implicare a unui proces emoţional complex, fondat pe o activitate de reflectare a raportului dintre o stare de aşteptare a persoanei şi un lucru perceput, plăcere determinată şi de natura impactelor senzoriale particulare, specifice, pe

care le produce. Impactul senzorial produs de opera de artă implică şi o reacţie fiziologică sau psihofiziologică. *Plăcerea* înglobează ansamblul mecanismelor neuro-psiho-fiziologice şi stările emoţionale legate de aceste mecanisme, declanşate prin contactul cu un produs artistic (Mendler şi Boisacq-Shepens, citaţi de Forestier, 2000, p. 38). Dar *plăcerea* este un efect ale cărui cauze pot fi diferite şi îi pot

determina natura specifică. O plăcere specifică, particulară este, desigur şi *plăcerea estetică,* ce corespunde unei stări de aşteptare psihofiziologică, afectivă şi cognitivă. Mai întâi apare o senzaţie de plăcere, care este globală sau particulară. Urmează apoi şi o tratare cognitivă - uneori la nivelul inconştientului cognitiv - a celor receptate şi trăite ca senzaţie de plăcere, structurându-se *emoţia estetică.* Deci, senzaţia iniţială în raport cu opera de artă este doar *plăcere.* Tratarea *informaţiei senzoriale de plăcere* pe un plan cognitiv/afectiv este trăită ca o *emoţie.*

Se poate considera că *plăcerea* şi *emoţia* sunt relativ distincte, *iar plăcerea estetică* şi *emoţia estetică* sunt de o natură particulară. Plăcerea este un element determinant în art-terapie. Emoţia estetică poate fi, de asemenea, inclusă ca un obiectiv psihoterapeutic. De aceste aspecte este bine să ţină seama art-terapeutul în activitatea sa. Crearea premiselor şi condiţiilor pentru declanşarea plăcerii estetice şi a emoţiei estetice reprezintă obiective ale art-terapiei vizual-plastice, favorizând comunicarea şi transpunerea în fapt a elementelor psihoterapeutice.

Art-terapia vizual-plastică vizează, în mare măsură, *dominantele cognitive tematice,* fixate uneori în inconştientul cognitiv, precum şi *obsesiile ideo-afective* ale unei anumite persoane. Astfel, art-terapia vizual-plastică ne dă posibilitatea să dezvăluim procesul care a condus la realizarea unor desene, picturi, sculpturi etc. sub impulsul unor *preocupări insistente,* al unor *obsesii,* dar totodată se poate ajunge şi la atenuarea sau chiar la eliminarea unor

asemenea *obsesii.*

în majoritatea dicţionarelor, în *definirea obsesiei* se reţin două caracteristici, şi anume: a) preocupare chinuitoare, frământare neîncetată provocată de o imagine sau de o idee care îl urmăreşte pe indivd în mod stăruitor, anormal; b) tulburare psihică ce se manifestă prin idei fixe, manii, fobii. In dicţionarele de psihologie şi de psihiatrie se oferă mai multe nuanţe şi tipologii, distingându-se: obsesii intelectuale, obsesii impulsive şi obsesii inhibitorii (fobice).

Obsesia este susţinută de imbolduri permanente care îşi au sediul în zonele profunde ale psihismului uman, în inconştient. Deosebirea dintre "*obsesia*" *ce se consumă în limitele normalului* şi care presupune un act de voinţă dirijată, cu o dinamică bazată pe o motivaţie puternică, şi *obsesia psihotică* este aceea că prima nu acţionează mhibitiv, negativ, perturbant, ci ea se "metabolizează" în conştiinţa subiectului, stimulând, adesea, potenţialul creator (Mihăilescu, 1989). Anumite *obsesii* sau, mai bine-zis, *stări obsesive* ideatice sau afective, deşi stăruie aproape permanent în conştiinţa unei persoane, se pot încadra în normalitate, având, uneori, chiar un creativ. Aici se înscrie, de fapt, *preocuparea insistentă, permanentă referitoare la o anumită idee sau trăire* şi *obsesia unei procupări (preocuparea intrinsecă).*

Din perspectivă psihiatrică, *obsesia* este definită ca o tulburare complexă ideo-afectivă ce se răsfrânge asupra întregului psihism uman, deci, inclusiv şi asupra capacităţilor creatoare, care au un specific aparte în arta patoplastică (Olaru, 1970). Obsesiile sunt idei, gânduri sau imagini mintale involuntare, penibile şi anxiogene contra cărora subiectul încearcă să lupte. Drama tipului obsesiv se înscrie pe fondul unei depersonalizări şi derealizări ce afectează integral sau parţial sistemul psihic. Obsesiile au un tablou clinic complex, cu elemente specifice, în funcţie de tulburările sau bolile în care se manifestă: stări reactive, nevroze, psihopatii, psihoze. Adesea, obsesiile se combină cu fobiile, dând sindroame obsesivo-fobice. De exemplu, *obsesia fobică* se poate manifesta prin teamă şi dezgust faţă de unele obiecte sau animale. *Obsesia ideatică* se caracterizează prin gânduri, reflecţii, idei, întrebări inutile, sterile, care persistă,

care se tot reiau, subiectul simţind un adevărat supliciu psihic. *Obsesia halucinantă* are, de regulă, un corespondent oniric vizual.

Hermeneutica psihanalitică şi mai ales explicaţiile actuale privind funcţionarea inconştientului cognitiv ne ajută să înţelegem mecanismele psihice declanşate prin art-terapie Dar,

începând cu Adler şi Jung, iar astăzi pe baza cercetărilor din domeniul psihologiei cognitive, *inconştientul* nu mai este conceput doar ca un loc al instinctelor, ci şi ca o "zonă" mult mai bogată şi mult mai "umană" decât îl concepea Freud. Pe baza cunoştinţelor viabile din psihanaliză şi pe baza descoperirilor psihologiei cognitive, vom înţelege mai profund şi temele obsedante, metaforele şi simbolurile plastice obsedante. De exemplu, subiectele sau temele devenite obsedante, prin frecvenţa şi intensitatea trăirii lor, pot reflecta obsesia unor trebuinţe, a unor dorinţe nesatisfacute, refulate, "obsesia păcatului" (Mihăilescu, 1989), dar şi specificul unor mecanisme de apărare, a unor mecanisme de coping puse în lucru de o anumită persoană.

Art-terapia vizual-plastică permite tendinţelor obscure ale inconştientului să se elibereze prin sublimare, trecând de barierele impuse de cenzura conştiinţei. Tentaţiile interzise de conştiinţa morală şi obsesiile se sublimează, se convertesc în simboluri grafice, picturale sau în imagini patoplastice. Are loc proiecţia unor impulsuri, tendinţe inconştiente, a unor pulsiuni din structurile de origine instinctuală ale persoanei, în art-terapia vizual-plastică se îngemănează, în diverse forme şi cu diverse ponderi, "regimul diurn" şi "regimul nocturn" al imaginii (Durând, 1977), proiectându-se, adesea, la fel ca în vise, unele trebuinţe sau dorinţe "interzise", cenzurate de conştiinţă.

Deci, art-terapia vizual-plastică prin intermediul desenului, al picturii, al modelajului etc., ca de altfel însuşi procesul de creaţie al unora dintre cele mai celebre personalităţi

artistice, permite eliberarea de unele obsesii, de unele complexe ideo-afective, de anumite coşmaruri. Astfel a procedat, de exemplu, Jean Cocteau, în perioada curei de dezintoxicare, *prin desenarea coşmarurilor sale din nopţile în care acestea se asociau cu insomnia. Un alt caz celebru este cel al lui Goya, prin realizarea ciclului "Capricii", în care derularea s-a produs prin această creaţie artistică. Feuchtwanger (1970, p. 155) romancier şi biograf al lui Goya -, într-un autentic stil

psihanalitic, îşi imagina cum funcţiona mecanismul derulării la acest pictor celebru: "Adunându-şi toate puterile, se dezmetici şi puse mâna pe creion. Aşternu pe hârtie spiritele cele rele (...) şi cum le văzu pe hârtie se linişti (...) Aşa le ţinea în frâu, aşa scăpa de ele. Când se târau şi zburau pe hârtie nu mai erau periculoase". Surpindem aici o remarcabilă analiză a catarzisului ce se poate realiza şi prin art-terapia vizual-plastică.

Patografia lui Vincent Van Gogh, adică istoria sa personală însoţită de tulburări psihopatologice, este un exemplu elocvent de conexiune între maladia mintală şi artă. Eliberarea tensiunilor profunde, a conflictelor şi obsesiilor prin creaţia plastică este un fapt recunoscut şi de Van Gogh (citat de Elgar, 1994), care spunea că simte o mare uşurare când realizează o pictură. La Van Gogh obsesiile au avut atât un caracter normal cât şi unul patologic. Leprohon (1973, p. 291) arată că fratele său Theo scria următoarele despre starea psihică a lui Vincent van Gogh din perioada crizelor: "Cât am stat cu el avea momente când se simţea bine, dar imediat era din nou frământat de obsesiile sale filosofice şi teologice". Fiind conştient de boala sa psihică, Van Gogh mărturisea: "Cu maladia mintală pe care o am, eu îmi spun că aceasta nu mă împiedică pentru a picta. Ca şi când nimic nu ar fi (...) eu lucrez ca un adevărat posedat, eu am o patimă deosebită de a munci mai mult ca niciodată. Eu cred că aceasta contribuie la vindecarea mea" (citat de Seban, 2001, p. 17).

în studiul *De Van Gogh et Seurat aia dessins d 'enfants* ("De la Van Gogh şi Seurat la desenele copiilor"), Minkowska (1949) susţine că la *epileptoid* predomină lumea senzorială, respectiv redarea concretului, a mişcării şi se remarcă o

predominanţă a culorilor violente, jar la *schizoid* predomină lumea abstractă, cu accent pe decorativ, nonfigurativ, disociaţie şi simbolism. Deci, în acest sens, după cum susţine şi Durând (1977), se poate considera că Van Gogh aparţine primului tip, iar Seurat celui de al doilea.

în timpul internării în azilul Saint-Remy, lui Van Gogh i s-au pus diagnostice diverse: epilepsie, boală maniaco-depresivă, schizofrenie. După ce s-a îmbolnăvit, având halucinaţii şi crize prelungite, fiind obsedat şi de ideea morţii, în picturile lui Van Gogh culorile nu mai au sonoritatea epocii precedente; culorile galbene au devenit arămii, culorile bleu au devenit întunecate iar auriul a devenit brun. în schimb, ritmul este exaltat: învolburări ale arabescurilor, forme dislocate şi contorsionate, perspective care fug spre orizont într-o derută a liniilor şi culorilor, în perioada când a fost internat la azilul Saint-Remy, a creat 150 de tablouri şi 100 de desene, lucrând ca un "posedat", întrerupt fiind în munca sa de trei lungi crize, urmate de o stare de prostraţie dureroasă. Cel mai adesea, peisajele pictate în timpul bolii psihice sunt delirante, cu cerul furtunos, măslinii şi chiparoşii contorsionaţi, răsuciţi de căldură (Elgar, 1994).

în abordările art-terapeutice putem să luăm în seamă şi o reflecţie a lui Braque, privind rolul *obsesiei* în activitatea creatoare. Astfel, Braque (citat de Mihăilescu, 1989) include în formula activităţii artistice trei faze, ce se pot întâlni şi în terapia vizual-plastică desfăşurată mai ales cu unii indivizi cu boli psihiatrice. Aceste faze sunt: *impregnarea, obsesia* şi "*halucinaţia*".

"îmbibat" cu diferite impresii, cu diferite stări distimice, cu conflicte ideo-afective, impregnat cu diferite idei adesea delirante, un anumit subiect care urmează şedinţe de art-terapie vizual-plastică va transforma stările distimice, conflictele, ideile delirante, obsesiile etc. în simboluri patoplastice incluse într-un desen sau pictură (Durând, 1988). Deci, tendinţele, pulsiunile, impulsurile

devi ate în inco nştie nt tind să iasă la supr afaţă ,*să se "con sum e" într-un anu me mod prin crear ea prod uselo r artist ice. Unel e din form ele prin care ies la supr afaţă , prin care se "consumă" şi se obiectivează pulsiunile, impulsurile, conflictele ideo-afective etc. sunt *simbolurile* şi *metaforele* pe care diferite

persoane le produc în cadrul activităţilor de art-terapie vizual-plastică.

1.8. Caracteristicile produselor plastice ale unor categorii de bolnavi psihici

Proiectarea şi obiectivarea pulsiunilor şi tensiunilor psihice, a conflictelor ideo-afective prin desene şi/sau picturi poartă pecetea atât a caracteristicilor psihopatologice ale bolii, cât şi pecetea trăsăturilor individuale ale subiectului. Redăm, în continuare, după Olaru (1970), câteva caracteristici ale produselor plastice realizate de diferite categorii de bolnavi neuro-psihici.

Maniacii caută să îşi exteriorizeze tumultul vieţii lor ideo-afective prin ritmul rapid al desenării sau al tuşei picturale, ajungând la incoerenţă şi superficialitate. Pagini întregi sunt umplute cu desene sau picturi, adesea combinate cu expuneri sau creaţii literare, prin toate acestea proiectându-şi ideile de grandoare, hipererotismul, persiflarea etc. generate de exaltarea euforică.

Psihoticii din categoria celor la care boala psihică se grefează pe o boală organică, precum şi unii *subiecţi cu toxicomanie* au o slabă productivitate artistică, întrucât starea lor halucinatorie este însoţită sau alternează cu stări de confuzie şi amnezie, astfel încât doar unele stări halucinatorii pot fi redate plastic.

Producţiile plastice ale persoanelor cu *demenţă* sunt simple mâzgăleli fără sens. în fazele de debut ale *paraliziei generale* se întrevăd schiţe cu intenţii erotice. Persoanele cu *epilepsie* au predilecţie pentru scene mistice sau violente.

Paranoicii îşi expun în desene şi picturi -

explicit sau prin intermediul simbolurilor - temele unor deliruri revendicative, dominate de hipertrofia eului.

Interesul cercetătorilor s-a manifestat cel mai mult în privinţa producţiilor artistice ale *bolnavilor de schizofrenie.* La debutul bolii se remarcă un spor al activităţii creatoare, care se poate menţine mult timp. în unele cazuri asistăm la afirmarea unei aptitudini latente, dar după cum afirmă cercetători precum Ey (citat de Olaru, 1970) sau Oury (1989) boala nu produce opera de artă, ea nu este creatoare; ea va elibera în moduri şi forme particulare, specifice, inedite, materia estetică, nucleul liric imanent naturii umane.

în cadrul anormalităţii psihice există diferite stadii de degradare, foarte multe fiind compatibile cu anumite forme de activitate artistică sau putând să-le imprime anumite trăsături particulare, cu valoare artistică. Un schizofren investigat de Kretschmer (citat de Olaru, 1970) a exprimat destul de clar tendinţele spre stilizare ce au rădăcini profunde în fiinţa care, bolnavă fiind, se exprimă prin limbajul vizual-plastic: "îmi reprezint voluntar toate formele concrete sub aspect geometric: triunghiuri, dreptunghiuri, cercuri. A reduce toate lucrurile la starea schematică, a despuia toate obiectele de aspectul lor real! îmi este aproape imposibil a percepe realul fără a adăuga acolo ceva care vine de la mine. în tot ceea ce percep, se strecoară imediat un element subiectiv".

în desenele şi picturile schizofrenilor ies la suprafaţă, se proiectează multe din perturbările vieţii lor psihice, aceste produse fiind ca nişte oglinzi care reflectă fidel aspecte ascunse, altfel nepenetrabile, ale tăirilor şi conflictelor interioare. După cum spunea Kretschmer (citat de Olaru, 1970), schizofrenul duce o viaţă izolată şi pare o insulă plutitoare, fără comunicare cu semenii săi; plonjat în el însuşi, se mulţumeşte cu a contempla edificiul fantastic, construit din imagini disparate, care

reprezintă dorinţele şi temerile sale, toate problemele sale afective. Gândirii cauzale i se substituie gândirea magică.

La bolnavii de schizofrenie formarea de simboluri nu se realizează niciodată altfel decât prin *gândirea animistă.* Schizofrenia, spre deosebire de nevroze, atinge direct stratul *"mitic primitiv"* în care se întrepătrund funcţiile fizionomice, de

manevrare şi generalizare a formelor şi funcţia simbolică (Rodriguez, Troll, 2001, p. 141). Schizofrenia duce la depersonalizarea individului, iar prin formarea de noi simboluri psihoticul caută să îşi restabilească identitatea şi raporturile cu alte persoane.

Din producţiile plastice ale schizofrenilor se desprind următoarele *caracteristici:* stereotipia şi iteraţia, tendinţa de a exagera trăsăturile prin deformări şi îngroşări, fragmentarea unor imagini, stilizarea specifică. Numeroase observaţii au arătat că repetiţia ritmică constituie cel mai primitiv mecanism de rezistenţă la pulsiuni şi emoţii. Tendinţa universală la geometrizare a fost pusă în relaţie cu halucinaţiile vizuale ale formelor geometrice care apar sub efectul halucinogenelor, precum şi în stări psihotice, a căror realizare ajunge la extreme. Tendinţa de geometrizare nu ar fi decât o formă a tendinţei la repetiţie, la iteraţie, care se manifestă în toate domeniile vieţii şi comportamentului în cazurile de psihoză. Repetiţia stereotipă poate fi mai mult sau mai puţin voită. In schizofrenie ea se derulează cel mai adesea ca un automatism, împotriva voinţei subiectului. Există sentimentul de a nu fi liber, de a fi sub influenţa unor persoane necunoscute sau a unor forţe exterioare care dirijează pacientul sau îl împiedică să gândească sau să îşi exercite funcţiile corporale. De asemenea, s-a observat că există o relaţie strânsă între anumite ritualuri colective şi realizările creatoare formale ale psihoticilor, care ţin de această stereotipie, ce devine principiu ordonator, atât la nivel individual cât şi la nivel colectiv.

Unele studii (Volmat, 1956) au evidenţiat caracteristici comune *artei primitive* şi *artei psihopatologice:* defecte formale, realismul intelectual, simbolismul, execuţia grafică minuţioasă, frecvenţa arabescurilor, abundenţa simbolurilor arhaice ale

inconştientului colectiv, absenţa perspectivei, lipsa simţuluiculorii sau utilizarea unor culori frapante în raport cu obiectele redate în desene sau picturi. Deci, se poate spune că regresiunea schizofrenică exprimată în artă îşi găseşte o similitudine în arta

primitivă precum şi în arta infantilă. Dar, ceea ce pare să fie specific artei shizofrenilor este *ambivalenţa.*

Raportul dintre arta psihopatologică şi mentalitatea primitivă a fost abordat de psihiatri, de etnografi şi de antropologi cu scopul de a colecta şi a interpreta o serie de date şi argumente utilizabile în propria specialitate.

Kretschmer (citat de Olaru, 1970) a desprins următoarele legi sau caracteristici esenţiale ale produselor plastice ale schizofrenilor: legea aglutinării imaginilor, legea stilizării, legea proiectării imaginilor subiective şi a nediferenţierii de imaginile percepute, manifestarea realismului intelectual (schizofrehul reproduce obiectele după scheme mintale proprii, dominate de fenomene de regresiune spre formele arhaice ale mentalităţii primitive sau infantile).

Simbolismul conţinut în produsele plastice ale schizofrenilor ridică problema interpretării. Pentru aceasta se impune recurgerea la unele explicaţii pe care i le solicităm bolnavului sau la o interpretare colectivă. Pentru a înţelege *structura şi semnificaţia lumii formelor* create de schizofreni, în produsele lor plastice, se ţine seama de factorii coordonatori ai reflectării plastice: *spaţiul, timpul, mişcarea* şi *culoarea,* în general, *timpul trăit* este redat de *simbolul spaţiului',* în stânga trecutul, la mijloc prezentul, la dreapta viitorul, sau: stânga-jos -trecutul, la mijloc prezentul, la dreapta-sus este reprezentat viitorul. *Mişcarea* este legată de simbolurile spaţiului şi ale timpului. Caracteristic pentru schizofrenii cronici este rigiditatea, lipsa oricărei mişcări.

Simbolismul culorilor din picturile schizofrenilor este interesant de descifrat, dar adesea această descifrare este posibilă doar printr-o analiză a *relaţiilor dintre linie, formă şi culoare,* printr-o

analiză a structurii şi conţinutului picturii. Valoarea emoţională a culorilor la schizofreni este diferită, după situaţiile existenţiale concrete şi după stadiul bolii. Culoarea roşie sau mov poate simboliza o stare de agitaţie, de iritabilitate, de agresivitate. Uneori, disoluţia gândirii îşi poate găsi o expresie în lipsa de concordanţă dintre culoare şi formă.

In raport cu obiectele sau fenomenele redate, schizofrenii utilizează culori mai puţin obişnuite, mai puţin utilizate de pictorii sănătoşi din punct de vedere psihic.

în picturile schizofrenilor, ca şi ale altor bolnavi psihici, se analizează *frecvenţa* redării unor obiecte sau fenomene, cu posibilă valoare simbolică: de exemplu, unii psihologi clinicieni şi unii psihiatri consideră că *arborele* ar fi proiecţia emoţională a eului, *muntele* a masculinităţii, *ochiul* - frecvent reprodus de unii bolnavi - poate semnifica diferite tipuri de priviri sau ochiul lui Dumnezeu, al conştiinţei.

Analiza producţiilor spontane ale bolnavilor cu schizofrenie cronică a dus la recunoaşterea unui *stil al alienării.* Dar, după cum subliniază Olaru (1970), atât timp cât în manifestările artistice ale schizofrenilor sesizăm reacţii "sănătoase" amalgamate cu cele patologice, fără bariere despărţitoare, nu se poate spune în mod strict că este o artă psihopatologică. Examenul clinic trebuie sa confirme comportamentul particular al bolnavului creator de produse artistice şi să îl analizeze în cadrul unitar al întregii personalităţi a acestui subiect. In acest fel s-ar putea lămuri mai mult problema artiştilor deveniţi psihotici, în sensul că instalarea echilibrului în cadrul unei perioade de remisiune îndelungată la un pictor-bolnav poate constitui o etapă de creaţii autentice sub unghi artistic/estetic, în care s-ar putea regăsi elemente specifice personalităţii pictorului.

Scenele şi temele plastice pentru care optează mai frecvent bolnavii psihici sunt: peisajele, portretele, scenele sexuale, scenele mistice, scenele de mutilare, scenele de culpabilitate. Scenele profesionale, traumatice asociate repetat cu simptome psihice, cu peisaje, portrete, scene din viaţa de spital,

constituie un conţinut patologic numai dacă bolnavul le introduce în personalitatea sa delirantă. Scenele obscure, de doliu, de culpabilitate (mutilare, judecată), scenele fantastice constituie conţinutul cu semnificaţii mai pregnant patologice (Olaru, 1970).'

într-un desen sau pictură a unui bolnav se vor căuta elementele care exprimă - prin formă şi culoare - perturbările conţinutului conştiinţei, afectivităţii şi comportamentului său.

în studierea unor caracteristici ale bolnavilor psihici s-a utilizat şi *"metoda psiho-farmacologie-expresie".* Astfel, cercetătorii au urmărit evoluţia conţinutului tematic, a formelor şi coloritului picturilor realizate de bolnavii psihici pe parcursul chimioterapiei. S-a experimentat şi efectul drogurilor halucinogene (haşiş, mescalină, psilocybină, LSD etc.) obţinându-se obiectivarea fenomenelor halucinatorii şi psihopatologice cu ajutorul reprezentării grafice a viziunilor, fie în timpul, fie după terminarea drogării. Interesante şi pline de dramatism sunt şi confesiunile unor scriitori toxicomani, precum Cocteau care, în cartea *Jurnalul unei dezintoxicări* prezintă numeroase cugetări referitoare la efectele dezastruoase ale toxicomaniei, precum şi desene realizate în timpul unei perioade de 12 zile şi 12 nopţi fără somn, desenele fiind redarea unor viziuni terifiante.

Arta psihopatologică, pe lângă *valoarea diagnostică şi prognostică,* poate avea, deci, şi un *efect psihoterapeutic.* Realizarea unor produse vizual-plastice constituie o activitate de sublimare, o modalitate de eliberare spontană a unui conţinut psiho-traumatizant, având prin aceasta un rol catartic. Intr-adevăr, s-a constatat că expresia plastică are o forţă mai mare decât cea verbală, deoarece operează cu simboluri izvorâte predominant din inconştient sau din subconştient. Art-terapia reprezintă, deci, o modalitate terapeutică originală şi utilă, în cadrul instituţiilor psihiatrice ea se înscrie într-un proiect global: terapeutic, de prevenţie şi de reinserţie socială.

1.9. Art-terapia vizual plastică aplicată la persoanele cu diferite deficienţe

Produsele de nuanţă artistică ale deficienţilor sunt expresia *imaginilor mintale* ale acestora, deschizând o fereastră spre propria lor viziune asupra lumii. Astfel noi putem mai uşor

să înţelegem diferenţele dintre ei şi persoanele valide, specificitatea modalităţilor imaginative şi de comunicare ale acestora. După opinia lui Changeux (1998, p. 8-9), aceste creaţii ţes o legătură afectivă singulară între ei şi noi şi ne oferă creaţii inedite, multe dintre ele insolite şi impresionante, încât putem recunoaşte o autentică "artă nouă". Arta copiilor cu diferite deficienţe - susţine Changeux - ne poate învăţa mai mult despre natura umană decât Sigmund Freud sau Marcel Duchamp. Vivacitatea culorilor, pregnanţa formelor realizate de aceşti copii acţionează cu forţă asupra sensibilităţii noastre. Prin caracterul lor înălţător, prin puterea lor evocatoare, aceste mărturii ale imaginaţiei reproductive şi creatoare ne învaţă noi modalităţi de a trăi împreună cu persoanele cu diferite deficienţe.

După opinia lui Gillot (2000), orice operă de artă este un mister pentru cel ce o contemplă; el caută să pătrundă în raţiunile celui care a creat-o dar, în ciuda simpatiei, a bunăvoinţei, unele aspecte rămân întotdeauna ascunse, nedescifrate. S-ar putea crede că această dificultate este şi mai accentuată atunci când "opera" este creaţia unei persoane cu deficienţă mintală.

S-a constatat că un copil care prezintă tulburări de comunicare poate să realizeze prin pictură exprimarea unor trebuinţe, atitudini, dorinţe sau a unor probleme ale vieţii sale psihice.

Revol (1987), pictor şi critic de artă, care a lucrat în "Centrul de ajutor prin muncă pentru deficienţii mintali", opune arta originală a debililor mintali şi cea a "imposturii" unor artişti contemporani, care confundă originea şi regresia,

regresia şi transgresia. Aubin (1970) a remarcat la unii copii cu deficienţă mintală moderată, în vârstă de 8-l0 ani, executarea unor desene remarcabile prin virtuozitatea grafică, relevând o disproporţie între "inteligenţa estetică" şi nivelul intelectual global, ceea ce s-ar explica printr-o funcţionare superioară a abilităţilor grafo-motorii în raport cu altele.

Pornind de la propria experienţă cu copii care aveau dioferite deficienţe, Rubin (1979, p. 235) arată că arta se utilizează nu ca o terapie a handicapului, ci ca o terapie psihică a persoanei, activitatea creatoare având valoare de sprijin psihologic reparatoriu a imaginii de sine: "Copilul este ajutat să se definească în termeni productivi şi simbolici, dezvoltându-şi gusturile (estetice - n.n.) personale şi propriul stil. Când unele căi de învăţare sau de expresie sunt blocate, o experienţă cu materiale artistice poate să îi permită să îşi dezvolte procesele senzoriale şi productive care i-au rămas deschise (funcţionale -n.n.), precum simţul tactil la nevăzători...".

Se poate spune că şi în cazul art-terapiei, activitatea trebuie să se realizeze în raport cu "zona dezvoltării proxime" a fiecărei persoane. Art-terapeutul trebuie să propună, de exemplu, teme adaptate fiecărui copil, adolescent sau adult, sau să lase câmp liber de manifestare a oricărei tematici, ţinând seama de realele capacităţi ale persoanelor cu diferite deficienţe sau boli psihice, precum şi de faptul că nu întotdeauna aceste capacităţi se exprimă într-un produs "artistic", într-o anumită perioadă de timp.

Prin conduita de pe parcursul activităţii sale, art-terapeutul va evita dimensiunea fobică a oricărei situaţii pe care o poate avea alternativa reuşită/eşec. De asemenea, va evita încercarea permanentă de căutare a condiţiilor de eşec, cu speranţa "magică", dar irealizabilă, de anulare a deficienţei. In acest sens, Rubin (1979, p. 239) subliniază faptul că art-terapia nu poate să-i redea vederea unui copil nevăzător, o gândire coerentă, clară unui deficient mintal sau să îi redea

motilitatea unui deficient motor; dar ea poate şi trebuie să-i dea persoanei cu deficienţe un mod de a explora lumea senzorială, în acelaşi timp stimulantă şi gratificantă. Aceasta le dă persoanelor cu diferite deficienţe o anume siguranţă, chiar într-o sferă foarte limitată de stăpânire a mediului sau a unor anumite tehnici.

Art-terapia se desfăşoară într-un mediu stenic, de non-competitivitate, accentul fiind pus întotdeauna mai mult pe

derularea adecvată a şedinţei de art-terapie, în raport cu scopurile propuse, şi nu pe produsul "artistic" al şedinţei, urmărindu-se, deci, dezvoltarea personală a subiecţilor.

Art-terapeuţii susţin că oricare ar fi natura sau gradul handicapului, persistă întotdeauna germeni ai creativităţii, capacităţi creatoare intacte de un anumit nivel. Activitatea art-terapeutului rezidă în a depista acest nivel al creativităţii, cu scopul de a-i da subiectului, care prezintă o anumită deficienţă, instrumente adecvate exprimării acestor capacităţi. Sunt amintite, în acest sens, realizările "artiştilor" cu handicap motor, care pictează cu ajutorul gurii, al picioarelor, iar mai recent cu ajutorul computerelor, precum şi realizările unor bolnavi psihici sau a deficienţilor mintali, ale căror produse de nuanţă artistică sunt esenţiale şi în colecţiile *"Anei brute"*.

Art-terapeutul trebuie să posede cunoştinţe de bază despre diferitele deficienţe sau boli psihice. Pe de o parte, să cunoască repercusiunile deficienţei sau maladiei asupra posibilităţilor de expresie ale subiectului, pentru a adapta comunicarea la restricţiile pe care le implică deficienţa sau maladia în dimensiunile spaţiale şi temporale, dar mai ales structurale. Pe de altă parte, trebuie să cunoască dimensiunea psihologică specifică diferitelor persoane cu anumite deficienţe sau boli psihice, deoarece art-terapeutul va trebui să acţioneze pentru ca la acestea să se structureze o *imagine de sine pozitivă,* atenuând sau eliminând perturbările induse subiecţilor de deficienţa ca atare, precum şi de o imagine de sine negativă sau de narcisism.

Experienţele artistice cu deficienţii senzoriali sau cu deficienţii motori evidenţiază posibilitatea şi

utilitatea proiectării unor activităţi de art-terapie astfel încât să devină posibilă reprezentarea psihică a unei activităţi care nu poate fi realizată fizic (Rodriguez, Troll, 2001, p. 163). De asemenea, în ceea ce priveşte persoanele cu deficienţe senzoriale şi motorii, art-terapeutul va acţiona pentru a suplini, în diverse moduri, funcţiile deficitare, prin punerea la punct a unei organizări spaţiale specifice. De exemplu, crearea posibilităţii de acces în

atelierul de art-terapie a deficienţilor motori, aflaţi în cărucioare rulante; fixarea filelor de desen, a pânzelor pentru pictură pe suporturi accesibile deficienţilor motori; instalarea limitelor în relief pentru nevăzătorii care fac modelaj din lut etc.

Pentru copiii cu deficienţe mintale sau pentru cei cu dificultăţi de învăţare, care prezintă cel mai adesea tulburări de comunicare verbală, precum şi pentru cei cu afazie, utilizarea art-terapiei permite o schimbare a canalului de comunicare, printr-un aport facilitator al sentimentelor şi reprezentărilor simbolice, având în vedere faptul că aproximativ şapte sau opt canale poartă marca unei predominanţe emisferice (a emisferei stângi asupra celei drepte).

Deficienţele mintale pun mai ales problema *structurării identităţii persoanei,* şi nu a unei simple lezări sau pierderi a identităţii. Această structurare/restructurare a identităţii presupune o intensă implicare afectivă a art-terapeutului, având drept consecinţă o mai mare vigilenţă în privinţa calităţii relaţiilor: interesul se deplasează de la obiect spre relaţie, în cadrul căreia obiectul nu este decât un suport, un "mediator", în ceea ce priveşte conţinutul şedinţelor de art-terapie, acesta rezidă mai întâi într-o experienţă senzorială agreabilă, pentru ca apoi senzorialitatea să cedeze locul unei experimentări a spaţiului şi timpului; de asemenea, conţinutul şedinţelor de art-terapie rezidă în alternanţa liberei expresii pulsionale şi a activităţii dirijate. Şedinţele pot fi foarte scurte, mai ales dacă predomină tulburările de concentrare a atenţiei sau dacă se manifestă o instabilitate emoţională; în aceste cazuri art-

terapeutul va ţine seama de importanţa deosebită pe care o are *ritualizarea.*

In activităţile de art-terapie desfăşurate cu persoane care au deficienţe mintale, adesea ele dau dovadă de o mai mare spontaneitate decât persoanele "normale", deoarece nu îşi dezvoltă toate formele reacţionale ale acestora din urmă; de aici rezultă posibilitatea unei abordări mai puţin directive decât în cazul adulţilor normali. Dacă luăm în considerare unele caracteristici ale "artei moderne", atunci se poate spune că într-adevăr

arta este unul dintre puţinele domenii în care deficienţii mintali pot să simtă plăcerea realizărilor proprii şi să se confrunte, fără complexe, cu cele ale oamenilor normali (Rodriguez, Troll, 2001, p. 164).

Se pune, adesea, următoarea întrebare, la care încă se mai caută răspunsuri: oare cum se întâmplă că obstacolele în comunicare, întâlnite la deficienţii mintali, nu fac "opera" opacă sau ermetică pentru înţelegerea altuia? Cum se poate explica acest fenomen? Răspunsuri posibile găsim în adevărurile exprimate mai jos.

Dintre toate activităţile umane de comunicare, arta pare a fi cea mai adecvată în diferite tipuri de deficienţe. Arta poate să ajute copilul cu o anumită deficienţă să comunice mai bine decât prin limbajul verbal. Activitatea artistică exploatează la maximum potenţialităţile care există în creierul nostru, iar arta este un alt limbaj, mai global, în care imaginea "vorbeşte" mai mult decât oricare discurs. După cum se exprimă Changeux (1998, p. 7-8), "creierul nu este o maşină a cărei conexiuni sunt rigide şi imuabile. Creierul posedă o mare flexibilitate, o plasticitate, care trebuie exploatată pentru a permite tânărului cu o anumită deficienţă să convieţuiască mai bine, cu el însuşi şi cu alţii, învăţarea exprimării personale şi a comunicării prin intermediul creaţiei artistice este o cale care ajută la maturizarea cognitivă şi afectivă a tânărului, depăşindu-şi multe limite impuse de deficienţă".

O echipă multidisciplinară dinamică, entuziastă, cu autentici artişti-animatori şi art-terapeuţi, în cadrul atelierului de art-terapie vizual-plastică destinat persoanelor cu deficienţe are drept scop să propună acestora diferite teme sau

să le propună să realizeze în mod spontan, liber, desene sau picturi pentru a le activiza autenticile potenţialităţi, ceea ce are efect stenicizant. Creaţiile persoanelor cu handicap sunt expresia imaginilor mintale ale acestora, deschizând o fereastră spre descifrarea viziunii lor asupra lumii şi mai ales permiţând o mai adecvată înţelegere de către noi a modului lor specific de imaginare şi de

comunicare. Aceste creaţii *realizează o* legătură afectivă singulară între ei şi noi, făcându-ne să le respectăm personalitatea, să cunoaştem mai bine diferenţele şi să le apreciem potenţialul creativ pe care realmente îl pot avea şi exprima prin intermediul artei.

Fără îndoială, a crea nu înseamnă a reproduce, ci înseamnă a face să survină ceva nou, a avea viziunea proprie despre ceva ce nu a fost încă văzut, despre ceea ce alţii nu a văzut încă. De exemplu, în faţa unor picturi realizate de tineri şi adulţi deficienţi mintali, din diferite ţări, de pe toate continentele, expuse într-o expoziţie internaţională la Paris, în anul 2000, contemplatorul nu numai că nu percepea handicapul, dar particularităţile acestor "creatori" sunt magnific convertite şi o forţă de claritate luminează operele în întregime. Or, persoanele deficiente mintal sunt adesea deosebit de spontane pe plan "artistic". Ele văd ceea ce noi nu am văzut, iar operele create ne fac să vedem şi să descoperim, graţie lor, lumi noi. Prin viziunea, prin forţa lor, aceste opere plac şi ne atrag atenţia. Vivacitatea culorilor, pregnanţa şi ineditul formelor realizate de persoanele cu deficienţă mintală acţionează cu putere asupra sensibilităţii noastre (Gillot, 2000).

Referindu-se la operele create de deficienţii mintali, prezentate la Expoziţia Internaţională de Arte Plastice de la Paris, Gillot susţine că în faţa acestora, admiraţia noastră nu este mărturia unei compasiuni, ci a recunoştinţei şi gratitudinii noastre. In pliantul expoziţiei se menţionează faptul că dacă li se oferă mijloacele necesare şi

climatul optim, persoanele care au un deficienţe mintale pot să participe activ la viaţa cetăţii. Printre altele, arta este un domeniu şi un mijloc prin care aceste persoane se pot exprima pe deplin, departe de prejudecăţile care se mai întâlnesc la unele persoane valide. A deschide persoanelor cu deficienţe accesul la exprimare şi comunicare prin intermediul artei înseamnă a le permite să încerce să ajungă la esenţa lucrurilor, să îşi canalizeze emotivitatea, să îşi dezvolte cunoştinţele, să îşi descopere propria lume interioară,

crescându-le stima de sine; înseamnă, de fapt, să îi ajuţi să îşi exprime umanitatea.

Mai mulţi terapeuţi au explorat posibilităţile de utilizare a computerului ca instrument pentru creaţii de nuanţă artistică, respectiv în art-terapie. Astfel, de exemplu, Ranger (2002) a inclus acest gen de cercetări, privind utilizarea computerului ca instrument de realizări artistice şi ca prelungire a corpului, în studii de caz realizate cu copii care aveau paraplegie. Aceşti copii au utilizat un *soft* cu desene, computerele având elementele periferice adaptate deficienţelor de care sufereau. Cu prilejul activităţilor desfăşurate cu aceşti copii, cercetătoarea canadiană a descoperit că utilizarea *soft-unlor* constituie un mijloc posibil de reprezentare a emoţiilor şi de comunicare a acestora.

Expoziţiile cu lucrări ale unor persoane cu deficienţe intelectuale, senzoriale, motorii sau expoziţiile cu lucrări ale unor persoane cu boli psihice sau psihiatrice, pot fi benefice, având un efect terapeutic, dacă activitatea de receptare a acestor lucrări vizual-plastice corespunde unor obiective şi exigenţe ştiinţifice, specifice art-terapiei.

1.10. Art-terapia vizual-plastică utilizată în centrele de reeducare a delincvenţilor

Pe baza experienţei dobândite pe parcursul procesului de reeducare a delincvenţilor minori, prin îmbinarea mai multor strategii educative, numeroşi psihologi şi pedagogi au evidenţiat rolul art-terapiei vizual-plastice, ca şi al meloterapiei şi ergote-rapiei în resocializarea acestor tineri. Guindon (1970, p. 71), în urma unei bogate activităţi manageriale şi psihopedagogice de

reeducare a adolescenţilor delincvenţi din centrul Boscoville (Quebec) scrie următoarele: "... Tânărul care trăieşte experienţa concretă a unei munci date, va reuşi să îşi stăpânească mai bine organismul său, să domine un anumit sector al realităţii, să

controleze instrumentele, să opereze o schimbare în mediul exterior într-o manieră care să producă un anumit lucru ce poartă marca originală a efortului său personal (...), obţinând o veritabilă satisfacţie în activitate şi o recunoaştere, o valorizare de către alţii (...) Stima de sine creşte şi imaginea de sine este corectată graţie acestor efecte".

în atelierul de art-terapie destinat delincvenţilor minori se desfăşoară activităţi de psihoterapie prin mediere "artistică", nu atât cu scopul unei abordări psihodiagnostice, cât mai ales cu scopuri catartice şi educative/reeducative.

Ilustrăm o astfel de activitate prin redarea succintă a experienţei realizate în atelierul de pictură din cadrul "Centrului de observare şi educaţie supravegheată" din Savigny-sur-Orge, din regiunea pariziană.

în atelierul de pictură s-au constituit grupe de 8-l0 minori delincvenţi, astfel încât activitatea să poată fi condusă într-o manieră de încredere şi libertate de expresie. Subiecţilor li s-au pus la dispoziţie numeroase culori şi, la alegere, câte o coală albă sau neagră, cu dimensiunile de 50/65 cm sau doar o jumătate de coală, fixată pe o tablă sau pe zid. Dintre cele zece teme propuse de minorii delincvenţi, s-a reţinut tema *"O familie surprinsă de furtună în pădure*". Ei nu trebuia să apeleze la creion sau la gumă, cerându-li-se să realizeze fiecare mai multe picturi, într-o notă cât mai personală.

Minorii erau observaţi în timpul activităţii, notându-se comportamentul general, atitudinea faţă de activitatea picturală, perseverenţa, relaţiile

cu educatorii, cu colegii, precum şi modalităţile de realizare a picturilor, respectiv "dinamica execuţiei": traseele picturale, ritmul acestora, tehnica. S-au urmărit Şi transformările survenite în tehnica picturală, în raport cu tema, pe parcursul realizării de către minori a desenelor, ceea ce pare a avea rezonanţe particulare. Iată câteva exemple de asemenea transformări:

- activitatea "raţională" şi rigidă devine senzorială şi suplă;

- desenul fin şi precis ia un aspect tumultuos;
  desenul trece de la un stil artificial, de tip ilustrată, la
  o redare personală care exprimă furtuna;
  tonurile cromatice se luminează, iar pădurea devine feerică, prin opoziţie cu picturile anterioare care erau sumbre;
- tonurile cromatice devin obscure, iar desenul este inform, climatul este depresiv, ceea ce nu era cazul în desenele precedente.

In ceea ce priveşte *planul diagnostic* s-a remarcat, pe de o parte, impresia de dramă care se degaja din majoritatea desenelor, iar pe de altă parte, marea diversitate a producţiior plastice.

în reprezentarea pădurii, nu s-a întâlnit la minorii delincvenţi nici o evocare din domeniul infantil al poveştilor, al povestirilor, în desene are loc *o proiecţie* a angoasei, induse de cuvântul "furtună", iar cuvintele "pădure" şi "familie" au evocat la unii subiecţi idei sumbre şi neliniştitoare de rătăcire, de nenorocire.

Interesantă este *analiza diversităţii producţiilor picturale,* pe care o redăm mai jos.

Tonalităţile cromatice variază: verdele viu nu domină decât în 19 desene, din cele 86; 18 sunt realizate pe fond negru; la 20 de desene ramurile arborilor sunt desfrunzite, sunt colorate în oranj sau gri, ori în negru.

Pădurea este realizată în moduri foarte diferite: a) fie fără nici o formă a arborilor (o masă compactă de verde crud trasată dintr-o mişcare lentă şi giratorie, figurând o vedere din avion); b) fond verde sumbru raiat de negru şi cu pete roşii etc.; c) sub formă de frize, prin repetiţia trunchiurilor verticale cu coroane confuze; d) sub forma unei păduri dese, din care se detaşează diferiţi arbori mai bine conturaţi; e) sub forma unei

juxtapuneri de arbori de diverse specii, dar care, în pofida multiplicării lor, nu reuşesc să constituie o pădure (repetiţie stereotipă a unei regularităţi decorative total incapabilă să creeze

un climat de pădure). *Arborele* exprimă personalitatea subiectului; pentru imaginaţia dinamică, arborele ţine în mod ferm de "constanţa verticală" (Minkowska, 1949), el materializând în mod direct gestul spontan şi liber prin care senzorialitatea şi afectivitatea, eventual reprimate, se pot exterioriza.

Dimensiunile familiei cresc sau descresc: în şase picturi nu este redat nici un personaj; în unele nu există decât un personaj (copil, tânăr, adult); în altele, familia este "refuzată", în favoarea unui cuplu (cuplu de îndrăgostiţi sau de părinţi fără copii; cuplu de copii - în patru desene). Familia poate fi redusă, prin absenţă, la un singur părinte: sunt desenaţi doar mama şi copilul sau tatăl şi copilul, în sfârşit, în 40 de picturi (47% din cazuri), familia este redată complet: tată-mamă-copil/copii.

în general, *climatul* se diversifică: cerul este în mod obişnuit zbuciumat (gri, de ploaie sau întunecat, tumultuos); totuşi, în 24 de picturi cerul rămâne liniştit sau bleu; arborii pot să se plieze după vânt, se înclină, uneori chiar sunt căzuţi, loviţi de furtună; alteori, arborii pot juca un rol de figuranţi pasivi în scena generală a picturii, fiind lipsiţi de semnificaţii; cel mai adesea, familiile sunt speriate şi încearcă să se protejeze, mai ales sub arbori sau prin deschiderea umbrelelor; impresia generală ce se desprinde din picturi este când de indiferenţă, când de poezie, când de incertitudine, de violenţă sau de disperare.

Analiza producţiilor picturale ale minorilor s-a realizat şi în raport cu gravitatea caracterului antisocial al tulburărilor de conduită şi cu specificul tulburărilor personalităţii, în cadrul cărora inadaptarea socială era doar un simptom.

Studierea eventualelor relaţii dintre caracteristicile picturilor şi tulburările comportamentale este dificilă. Totuşi, pornind de la

datele anchetelor sociale şi de la examenul personalităţii subiecţilor, prin probe psihologice adecvate, a fost posibil să se studieze diferenţele apărute în desenele realizate de cele două loturi: al delincvenţilor ocazionali şi al delincvenţilor recidivişti.

Analiza desenelor celor două loturi a evidenţiat următoarele caracteristici:

în grupul delincveţilor ocazionali arborii desenaţi au, în general, rădăcinile bifurcate şi coroanele bogate; furtuna creează un climat de nesiguranţă;

în grupul delincvenţilor recidivist! refuzul redării furtunii apare frecvent în desene, dar sunt redaţi jucători de fotbal, adolescenţi care vânează, o familie la picnic, un copil care prinde fluturi; cerul este pictat ca o bandă îngustă în partea de sus a colii, sau nu este redat, astfel încât toată scena pare a se petrece pe sol; arborii pădurii au tendinţa de a se lăţi mult la bază; stilul este greoi, cu aspecte de brutalitate (ramuri masate, lumini agresive în centrul desenului); în general, climatul este de violenţă. Dar, mai mult decât caracteristicile fiecărui grup, s-au luat în seamă caracteristicile individuale ale desenelor delincvenţilor, încercând să se surprindă legăturile semnificative între aspectele desenului şi forma tulburărilor de conduită.

Tehnica pictării este determinată de nivelul inteligenţei subiecţilor: o termică arhaică, traseele greoaie, forma rigidă a trunchiului arborelui sunt legate de un nivel scăzut al inteligenţei subiecţilor. Culorile utilizate evidenţiază mai ales particularităţile vieţii afective a subiecţilor. Dar, contrar a ceea ce s-ar putea crede, nu s-a manifestat o legătură semnificativă între dominanţa negrului şi prezenţa anxietăţii, stabilită clinic. Din contră, a existat o mai strânsă legătură a dominanţei negrului cu agresivitatea. Absenţa verdelui din pictura care prin tematică sugerează utilizarea acestei culori a fost mai frecventă la subiecţii cu trăsături nevrotice. Coexistenţa paradoxală a ierbii verzi cu arbori desfrunziţi denotă, de asemenea, trăsături nevrotice. Culorile închise, terne, au fost

prezente mai ales la subiecţii cu mame agresive. Culorile pale au apărut mai ales la subiecţii care aveau un tată dominant, autoritar.

Pe planul diagnosticului diferenţial şi al intervenţiilor psihoterapeutice o importanţă aparte o are analiza conţinutului

desenelor. De exemplu, reducerea familiei la un cuplu mamă-copil denotă respingerea tatălui sau absenţa acestuia; desenarea mamei într-un unghi opus celui al tatălui denotă perturbări ale relaţiilor socio-afective din famile, separarea, divorţul; desenarea unui râu ce trece prin pădure poate semnifica trebuinţa de afecţiune.

Pe baza analizei complexe a picturilor fiecărui subiect, în relaţie cu dosarul de personalitate şi anchetele sociale, s-au propus proiecte educative individualizate/personalizate, în cadrul cărora s-au specificat şi tehnicile psihoterapeutice, ergoterapeutice şi socioterapeutice la care să se apeleze.

Bibliografie

Arnheim, R. (1979), *Arta şi percepţia vizuală,* Editura Meridiane, Bucureşti.

Aubin, H. (1970), *Le dessin de l'enfant inadapte,* Privat, Toulouse.

Bălaşa, S. (1972), *Nemurirea lui* (poezie dedicată lui Picasso), "Contemporanul", 13 aprilie.

Bălaşa, S. (1973), *Interviu,* "Tribuna", 15 februarie.

Blai, B. Jr. (1979), *Art education - means or end?,* "Scientia paedagogica experimentalis", Gent, 16, l, p. 22-36.

Bobon, J. (1962), *Psychopathologie de l'expression,* Masson, Paris.

Boulange, L., Lambert, J.L. (1982), *Leş Autres: l'expression artistique chez Ies handicapes mentaux,* Pierre Mardaga, Liege.

Boyer-Labrouche, A. (2000), *Manuel d'art therapie,* Dunod, Paris.

Breton, A. (1985), *L 'art desfous, la ele des champs,* "La ele des champs", Pauvert, Paris.
Broustra, J. (1987), *Expression et psychose. Ateliers therapeutiques d'expression,* E.S.F., Paris.
Broustra, J. (1988), *Expression et psychose,* E.S.F., Paris.
Broustra, J. (1996), *L'expression, psychotherapie et creation,* E.S.F., Paris.

Callois, R. (1971), *In inima fantasticului,* Editura Meridiane, Bucureşti.

Capdeville, J.P. (1990), *Leş bases de l'enseignement en art-therapie,* Publications de l'Universite de Tours.

Changeux, J-P. (1998), *Preface* â: Denise Merle d'Aubigne, *Creation artistique et depassement du handicap,* Hartman, Paris.

Chemama, B., Roussel M.H. (1982), *Dynamique du travail en art-therapie,* "Psychologie Medicale", 18,4, p. 1249-l254.

Dali, S. (1972), *Journal d'un genie,* Gallimard, Paris.

Darrault-Harris, L, Klein, J-P. (1998), *Le caş unique en psychiatrie. Pour une evaluation psychosemiotique de la psychotherapie,* "Pour la recherche", 16.

Deac, M. (1984), *Metaforele realităţii* (prefaţa la albumul *Sabin Bălaşa),* Editura Meridiane, Bucureşti.

Dubois, A.M., Samuel-Lajeunesse, B. (1998), *L'art en therapie en 1997,* "Synapse", octobre, nr. 149.

Dubowski, J.K., James, J. (1998), *Arts Therapies with Children with Learning Disabilities,* în: D. Sandle (edit.), "Development and Diversity. New Applications in Art Therapy", Free Association Books Ltd., London, p. 4l-56.

Dubuffet, J. (1949), *L 'Art Brut,* Compagnie de l'Art Brut, Paris.

Dufrene, M. (1976), *Fenomenologia experienţei estetice,* Editura Meridiane, Bucureşti.

Durând, G. (1977), *Structurile antropologice ale imaginarului,* Editura Univers, Bucureşti.

Durând, Y (1988), *L'exploration de l'imaginaire,* Bibliotheque de l'imaginaire, L'espace bleu, Paris.

Elgar, F. (1994), *Van Gogh. Sa vie, son oeuvre,* Editions Hazan, Paris.

Enăchescu, C. (1975), *Expresia plastică a personalităţii,* Editura

Ştiinţifică, Bucureşti.
Evans, K., Rutten-Saris, M. (1998), *Shaping Vitality Affects, Enriching Communication: Art Therapy for Children with Autism,* în: D. Sandle (edit.), "Development and Diversity. New

Application in Art Therapy", Free Association Books Ltd., London, p. 57-77.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. (1978), *Manuel de psychiatrie. Psychoses schyzophreniques,* Masson, Paris.

Feuchtwanger, L. (1970), *Goya sau drumul spinos al cunoaşterii,* voi. II, Editura Meridiane, Bucureşti.

Fivaz, R. (1989), *L'ordre et la volupte,* Presses Polytechniques Romandes, Lausanne.

Focillon, H. (1977), *Viaţa formelor,* Editura Meridiane, Bucureşti.

Forestier, R. (2000), *Tout savoir sur l'art therapie,* Favre, Lausanne.

Freud, S. (1980), *Scrieri despre literatură şi artă,* Editura Univers, Bucureşti.

Gallot, G. (1981), *Pratiques artistiques et personnes handicapees âgees et malades,* FIC-ANIMC, Paris.

Garrel, H., Calin, D. (2000), *L'enfant ă l'ordinateur. Une pratique d'aide aux enfants en difficulte. Observations et reflections,* L'Hartman, Paris.

Gillot, D. (2000), *Preface ă: Histoire de vivre. 10 ans apres... Exposition Internationale d 'Arts Plastiques,* UNAPEI, Paris.

Gohet, P., Wahl, B. (2000), *Preface ă: Histoire de vivre. 10 ans apres... Exposition Internationale d'Arts Plastiques,* UNAPEI, Paris.

Gruner, S., Mazerol, M-T., *Atelier de peinture dans un centre d'observation pour jeunes delinquants. Etude sur un theme: "Une familie surprise par l'orage en foret",* Annales de Vaucresson, 2, p. 19l-229.

Guindon, J. (1970), *Leş etapes de la reeducation,* Pedagogie

psycho-sociale, Fleurus, Mareyenne.
Hershkowitz, A. (1998), *Art Therapy in Acute Psychiatry: Brief Work,* în: D. Sandle (edit.), *Development and Diversity. New Applications in Art Therapy,* Free Association Books Ltd., London, p. 160-l67.

Huyghe, R. (1960), *L 'art et l 'ăme,* Flamarion, Paris.
Huyghe, R. (1971), *Puterea imaginii,* Editura Meridiane, Bucureşti.
Huyghe, R. (1981), *Dialog cu vizibilul,* Editura Meridiane, Bucureşti.
Kandinsky, V. (1994), *Spiritualul în artă,* Editura Meridiane,
Bucureşti.
Klein, J-P. (1994), *Intervieva,* "Journal des Psychologues", 113.
Klein, J-P. (1997), *L 'art therapie,* P.U.F., Paris.
Klein, J-P. (ed., 1993), *L'art en therapie,* Hommes et Perspectives, Marseille.
Koch, C. (1958), *Le test de l'arbre,* Niel, Paris.
Kogan, M.S. (1979), *Morfologia artei,* Editura Meridiane, Bucureşti.
Lacan, J. (1975), *Encore. Seminaire livre XX,* Seuil, Paris.
Langer, S.K. (1957), *Problems of Art. Ten Philosophical Lectures,* Routledge, Londra.
Lanteri-Laura, G. (1984), *La psychopathologie de l'art comme strategie de la singularite,* "Art et fantasme", Seyssel, Champ Wallon.
Laroche-Gasarabwe, E. (1990), *Leş bases de l'enseignement en*
art-therapie, Publications de l'Universite de Tours.
Ledoux, M. (1984), *La valeur therapeutique de la creation artistique,* "Psychologie fran9aise".
Ledoux, M. (1992), *Corps et creativite,* Leş Belles Lettres,
Paris.
Leprohon, P. (1973), *Vincent van Gogh,* Editura Meridiane, Bucureşti.
Leroi-Gourhan, A. (1985), *Le gest et la parole,* 1.1 et E, Albin Michel, Paris.
Liebman, M. (1998), *Art Therapy with Ojfenders on Probation,* în: D.Sandle (edit.), "Development and Diversity. New

Applications in Art Therapy, Free Association Books Ltd., London,p. 104-l20.

Maliţa, M. (1971), *Aurul cenuşiu,* Editura Dacia, Cluj.
Malraux, A. (1970), *Saturn. Eseu despre Goya,* Editura Meridiane, Bucureşti.
Merle d'Aubigne, D. (1998), *Creation artistique et depassement du handicap,* L'Hartman, Paris.
Mihăilescu, D. (1989), *Dimensiuni ale creaţiei,* Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
Minkowska, F. (1949), *De Van Gogh ă Seurat aux dessins d'enfant. A la recherche du monde des formes,* Leş Presses du Temps Present, Paris.
Muret, M. (1983), *Leş arts-therapies,* Retz, Paris.
Navratil, L. (1978), *Schizophrenie et art,* Editions Complexe, Bruxelles.
Olaru, Al. (1970), *Despre arta psihopatologică,* teză de doctorat, Facultatea de medicină Craiova.
Oury, J. (1989), *Creation et schizophrenie,* Galilee, Paris.
Pavel, A. (1978), *Expresionismul şi premisele sale,* Editura Meridiane, Bucureşti.
Pierre, J. (1989), *Hommage ă Hans Prinzhorn; Prinzhorn, le surrealisme et art du XX-e siecle,* "Art et therapie"(L'art fou ou de l'Art des fous â la folie de l'art), 30/31, p. 5-21.
Popescu-Neveanu, P. (1978), *Dicţionar de psihologie,* Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
Porot, A. (1984), *Manuel alphabetique de psychiatrie,* P.U.F., Paris.
Prinzhorn, H. (1984), *Expressions de la folie,* Gallimard, Paris.
Ranger, D. (2000), L'art-therapie au Quebec,

http://www3. sympatico. ca/diane. ranger/

Reja, M. (1907), *L'art chez Ies fous. Le dessin, la prose" la poesie,* Mercure de France, Paris; (reed. 1994, L'edition, Nice).

Revol, J. (1987), *Art de debiles, debiles de l'art,* "La Difference", Paris.

Rodriguez, J., Troll, G. (2001), *L'art therapie. Pratiques, techniques et concepts,* Ellebore, Paris.

Rothko, M. (1948), *The romanţios,* "Possibilities", I, New York.

Rubin, J.A. (1979), *Child and Art Therapy,* Brooks & Co., New York.

Sandle, D. (edit, 1998), *Development and Diversity. New Aplications in Art Therapy,* Free Association Books Ltd., London.

Scharbach, H. (1987), *Leş arts graphiques et la folie,* Cesura,
Lyon.

Seban, G. (2001), *Creation artistique et figuration delirante,* L'Hartman, Paris.

Souchet-Robert, M. du (2001), *Le clavecin oculaire ou l'aquagraphie peinture magique et mediation therapeutique,* L'Hartman, Paris.

Steiner, B., Morales, G. (eds., 1997), *Le style, structure et symptome,* Hartman, Paris.

Sudres, J-L. (1998), *L 'adolescent en art-therapie,* Dunod, Paris.

Tellier, C. (1990), *Leş bases de l'enseignement en art-therapie,*
Publications de l'Universite de Tours.

Thevoz, M. (1975), *L 'art brut,* Skira, Geneve.

Thevoz, M. (1990), *Art brut, psychose et mediumnite,* "La Difference", Paris.

UNAPEI (1995), *La creativite et l'acces ă la culture de la*
personne handicapee mentale, Actes de colloque, Paris.

Valery, P. (1989), *Poezii. Dialoguri. Poetică şi estetică,* Editura
Univers, Bucureşti.

Volmat, R. (1956), *L 'artpsychopathologique,* P.U.F., Paris.

Waldemar, G. (1989), *L 'art et la folie,* "Art et therapie", nr. 30/31, p. 86-87.

Wiart, C. (1967), *Expression picturale et psychopathologie.*

Essai d'analyse et d'automatique documentaire, Dunod, Paris.
Wiart, C. (1983), *Art en psychotherapie,* în: Pichot, Samuel-Lajeunesse, "Nouvelles tendances en psychotherapies", Mason, Paris, p. 16l-l71.

CAPITOLUL II
VALENŢELE FORMATIVE ŞI COMPENSATORII ALE ACCESULUI PERSOANELOR CU DEFICIENŢE VIZUALE LA OPERELE DE ARTĂ DIN MUZEE

Cercetările psihologice şi practicile muzeale din numeroase ţări, referitoare la accesul persoanelor cu deficienţe vizuale la operele de artă - picturi şi sculpturi -, în general la produsele artistice din muzee, s-au declanşat şi s-au amplificat datorită unor provocări bazate pe răspunsurile posibile la două întrebări: a) luând în considerare faptul că nevăzătorii întâmpină, adeseori, dificultăţi în recunoaşterea desenelor în relief a unor obiecte uzuale, a hărţilor şi a altor imagini în relief ("imagini tactile"), pot ei, totuşi, să aibă acces la arta vizual-plastică? b) eforturile făcute de nevăzători pentru sesizarea informaţiilor permit accesul la plăcerea estetică, la emoţii estetice şi la perceperea *"frumosului"* creat spre a fi perceput vizual?

în cele ce urmează vom sintetiza datele unor cercetări precum şi câteva experienţe sau practici specifice legate de accesul la muzee a persoanelor cu deficienţe de vedere.

2.1. Albume de artă şi ghiduri muzeale în relief jcare redau picturi

Transpunerea în relief (în "imagini tactile") a unor picturi celebre, pentru a fi accesibile nevăzătorilor, îi entuziasmează pe unii editori, ca şi pe unele persoane nevăzătoare, iar pe alţii îi deconcertează.

VAS1LE PREDA

După cum se ştie, la persoanele care au o deficienţă de vedere, experienţa vizuală cu obiectele şi, mai ales, cu produsele artelor plastice este inexistentă sau foarte limitată. Pe parcursul vieţii, aceste persoane îşi dezvoltă diverse tehnici compensatorii bazate pe optimizarea modalităţilor de percepţie non-vizuală, precum cea tactil-kinestezică şi auditivă. Simţul tactil permite nevăzătorilor să perceapă direct şi cu fineţe obiectele în structura lor şi cu diversele lor particularităţi (mărime, formă, textură, temperatură). De asemenea, se ştie că imaginile mintale nu se limitează doar la cele vizuale. Imageria mintală include şi experienţa imagistică tactilă, tactil-kinestezică, auditivă etc. Reprezentările mintale ale obiectelor se formează pornind, de la experienţele perceptive şi de la acţiunile cu obiectele respective. Deci, pot exista discordanţe între reprezentările persoanelor văzătoare şi cele ale nevăzătorilor, acestea fiind date de modurile de percepere foarte diferite.

Perceperea vizuală sau tactil-kinestezică a unui obiect dintr-un câmp perceptiv este o etapă indispensabilă în crearea imaginii mintale. O altă etapă, la fel de importantă, este transformarea şi codificarea informaţiei senzorio-motorii obţinută prin perceperea obiectului. Teoria dublului codaj - verbal şi imagistic - dezvoltată de Paivio (1971) sugerează că imageria ameliorează memorarea elementelor concrete percepute la un moment dat. După Kosslyn (1975), imagistica mintală joacă un rol integrator în percepţie, ea fiind utilizată de subiecţi în mai multe scopuri: a) pentru a completa inputurile perceptive fragmentate; b) pentru a genera formele pe parcursul recunoaşterii obiectelor; c) pentru amorsarea sistemului perceptiv atunci când se speră că se va vedea sau se va pipăi un anumit obiect; d) pentru memorarea rezultatelor unor, mişcări specifice. Aceste caracteristici îi conferă imagisticii mintale un loc

preponderent de legătură între percepţie şi memorie, precum şi între percepţie şi controlul motor.

Unele aspecte ale imaginilor mintale sunt comune persoanelor văzătoare şi celor nevăzătoare, iar altele nu, fiind

specifice (de exemplu, culoarea are un caracter specific vizual). Atunci când persoanele nevăzătoare sau slab-văzătoare nu pot intra în contact direct cu anumite obiecte sau cu anumite caracteristici ale obiectelor, conţinuturile şi modurile de organizare ale reprezentărilor pot fi diferite de cele ale văzătorilor. Tocmai de aceea este important să se dezvolte iniţiativele socioculturale care favorizează accesul persoanelor nevăzătoare, prin modalităţi tactile, la "obiecte vizuale", cum sunt şi operele de artă plastică.

S-a constatat că în elaborarea albumelor, a ghidurilor de artă cu imagini tactile şi în utilizarea lor nu se ţine seama, întotdeauna, de eterogenitatea publicului cu deficienţe vizuale, iar pe de altă parte, în strânsă legătură cu aceasta, nu se ţine seama de diversitatea opţiunilor teoretice şi tehnice la care se poate face apel pentru optimizarea acestor ediţii care redau în relief operele picturale, prin imagini tactile. Pentru completarea informaţiilor obţinute prin explorarea tactil-kinestezică a imaginilor în relief ale picturilor se recurge, de exemplu, la explicaţii scrise în braille sau cu caractere mărite şi/sau la explicaţii înregistrate pe benzi audio (Hatwell, Martinez-Sarocchi, 2000; Gualandi şi Secchi, 2000; Weisen, 1999).

In ceea priveşte publicul format din persoane cu deficienţe de vedere, mai întâi trebuie să se facă distincţia între slab-văzători/ambliopi, care au resturi de vedere de diferite grade, şi nevăzători. Apoi, nevăzătorii pot fi cu deficienţă congenitală sau cu deficienţa dobândită de timpuriu (între O şi 6 ani) sau tardiv (la vârsta şcolară mică sau mare, în tinereţe, la

vârsta adultă). Trebuie luate în seamă şi alte aspecte, precum nivelul de instrucţie şcolară, nivelul cultural, experienţele estetice.

La persoanele cu cecitate congenitală sau instaurată de timpuriu, metodele şi sistemele de reprezentare se structurează şi se organizează într-o manieră originală, astfel încât fiecare încercare de căutare şi găsire a unor noi informaţii necesită o anumită "traducere", pentru a construi un cod utilizabil în

schimburile de informaţii cu văzătorii, întâlnirea cu artele plastice tinde să se facă prin descoperirea, în mediul tactil, a unor calităţi legate de o plăcere senzorială sau chiar estetică, în cazul nevăzătorilor, astfel de plăceri senzorial-estetice au fost rezervate mai ales lumii sunetelor sau mirosurilor.

La persoanele cu cecitate dobândită, mai ales la vârsta adultă, prezentarea tactilă a operelor de artă poate corespunde unei simple redescoperiri a unor receptări sau experienţe anterioare produse prin modalităţi vizuale.

în prezent, s-a constatat că opţiunile teoretice şi tehnicile ce decurg din ele, pe baza cărora se fundamentează elaborarea diferitelor producţii editoriale cu imagini tactile ale operelor de artă şi diferitele propuneri muzeografice pentru accesul la cultură a nevăzătorilor, par a fi incompatibile. Aceste opţiuni şi propuneri pot fi grupate în două catgorii: a) o categorie care privilegiază căutarea unei eficacităţi tactile informative într-un demers educativ; b) o categorie de tehnici care respectă intenţia artistului plastic de a produce emoţii estetice şi de a împărtăşi cu receptorul emoţiile estetice.

Există, însă, multe rezerve privind posibilitatea nevăzătorilor de a accede la emoţii estetice prin receptarea tactil-kinestezică a unor picturi transpuse în imagini tactile dar, totodată, se afirmă posibilitatea îmbogăţirii cunoştinţelor din domeniul istoriei artei, a caracteristicilor diferitelor curente artistice etc. prin parcurgerea albumelor care includ nu numai imagini tactile ale picturilor sau ale sculpturilor, ci şi comentarii de specialitate scrise în braille sau imprimate pe benzi audio.

Vanbelle (1989), Hatwell şi Martinez-Sarocchi (2000, p. 269) subliniază faptul că, în

opinia unor esteticieni, orice metodă susceptibilă de a face nevăzătorii să înţeleagă culorile sau conţinutul unei picturi prezintă, cu siguranţă, un cert interes, dar această tendinţă se înscrie în câmpul cultural al îmbogăţirii cunoştinţelor şi nu în cel al experienţelor estetice. Pentru susţinerea acestor afirmaţii, se aminteşte lucrarea *Monet au bout des doigts* ("Monet în vârful degetelor"), care demonstrează

tendinţa autorilor de a oferi informaţii asupra conţinutului *obiectiv sau funcţional* a ceea ce a fost pictat de Monet, şi nu asupra operei picturale ca atare. Aşa cum se procedează, în general, cu albumele de artă destinate nevăzătorilor, în care picturile sunt transpuse în imagini tactile, şi în albumul respectiv, pentru fiecare pictură lectorul nevăzător dispune de două pagini. Pe pagina din stânga este o transcriere schematică în relief a picturii, prin codificare cu *texturi* care se raportează la *mediul reprezentat (striaţii* pentru *apa râurilor,* pentru *apa mării; cadrilaj* pentru *vegetaţie;* textură *netedă, lucioasă* pentru *lumină, aer, cer, reflectări).* Pe altă pagină este un text în braille care conţine fişa sintetică a picturii şi o expunere succintă a ceea ce este reprezentat pe pagina din stânga. Albumul este însoţit de o casetă audio, nevăzătorul auzind numărul şi denumirea fiecărei imagini tactile ce redă o pictură, precum şi un comentariu asupra biografiei lui Monet. Dar credem că este bine să ne amintim de afirmaţia lui Degas (citat de Valery, 1938, p. 129) care spunea că *""desenul nu este forma, ci este maniera de a vedea forma".* Dacă suntem de acord cu această afirmaţie, atunci cu certitudine înseamnă că factura impresionistă a lui Monet, despre care se poate spune că redă maniera lui specifică de a vedea, exprimân-du-şi anumite trăiri, idei şi intenţii estetice, scapă prezentărilor ilustrate în relief, prin imagini tactile, precum şi comentariilor înregistrate pe casete audio.

Există, în schimb, şi o altă opţiune de redare prin imagini tactile a unor picturi, menţionată de Hatwell şi Sarocchi (2000, p. 279). Astfel, se încearcă să se respecte intenţia artistului de

exprimare a manierei sale de a vedea, de a percepe şi de a trăi afectiv ceea ce pictează, precum şi intenţia de a împărţi »cu publicul receptor emoţia estetică. Această opţiune pune pe prim plan dreptul accesului universal la artă, pentru toţi oamenii. Dintre albumele de artă realizate pentru nevăzători, pe baza unei asemenea opţiuni se pot aminti: *Van Gogh* (Garrandes, 1986), *Cocteau envisage* (Garrandes, 1992) sau *Caresser Picasso* (Garrandes, 1990). în albumul *Van Gogh,* diferite suprafeţe

"tactile", diferite texturi reprezintă o codificare a culorilor şi a materialelor utilizate de artist, neinsistându-se atât de mult asupra a ceea ce este reprezentat prin pictură. Alegerea hârtiei gofrate şi reproducerea exactă a traseelor în cazul lui *Picasso* sau al lui *Cocteau* fac din aceste albume speciale adevărate "*cărţi-obiecte de artă*", ce sunt propuse atât persoanelor nevăzătoare, cât şi persoanelor văzătoare, care doresc să redescopere aceste tablouri pe cale tactil-kinestezică. Aceste albume sunt însoţite de texte metaforice — în braille pentru *Picasso*, sau pe bandă magnetică audio - citite de Jean Marais, pentru *Cocteau*.

În cadrul preocupărilor pentru accesul la cultură a persoanelor cu deficienţe vizuale, merită să amintim impresionanta realizare a organizaţiei nonprofit "Art Education for the Blind" ("Educaţia artistică pentru nevăzători") din S.U.A., care a editat, în 1999, monumentala lucrare *Art History through Touch and Sound: A Multisensory Guide for the Blind and Visually Impaired* ("Istoria artei prin atingere şi sunet: un ghid multisenzorial pentru nevăzători şi deficienţi vizuali"), ce prezintă 600 ilustraţii tactile. *The Building Blocks of Art, The Art of Ancient Egypt* şi *European Modernism: 1900-1940* sunt primele trei volume dintr-o serie amplă, fiind rezultatul unei fructuoase colaborări între Muzeul de Artă Modernă din New York, Universitatea Drew din New Jersey şi Departamentul de Istoria Artei de la Universitatea de Stat din Florida, în această impresionantă lucrare -- după cum se exprimă Paula Terry, specialist în istoria artei - sunt încorporate rezultatele celor mai recente cercetări din domeniul ştiinţelor educaţiei, psihologiei şi istoriei artei. Volumul *European Modernism: 1900-1940* redă, printre altele, opere realizate de: Umberto Boccioni, Constantin Brâncuşi, Le

Corbusier, Salvador Dali, Andre Derain, Marcel Duchamp, Antonio Gaudi, Hector Guimard, Wassily Kandinsky, Wilhem Lehmbruck, Jacques Lipchitz, Henri Matisse, Piet Mondrian, Pablo Picasso. Sunt redate fotografii color sau alb-negru însoţite de ilustraţii tactile ale operelor de artă, de

comentarii scrise cu litere mărite sau în braille, precum şi de comentarii audio.

Spre exemplificare, redăm trei ilustraţii tactile *("diagrame tactile"),* realizate după: *Nude Descending a Staircase No. 2* ("Nud coborând o scară nr. 2") de Marcel Duchamp (figura nr. 2.1), *Improvisation 28* ("Improvizaţie 28") de Wassily Kandinsky (figura nr. 2.2), şi *Leş Demoiselles d'Avignon* ("Domnişoarele din Avignon") de Pablo Picasso (figura nr. 2.3).

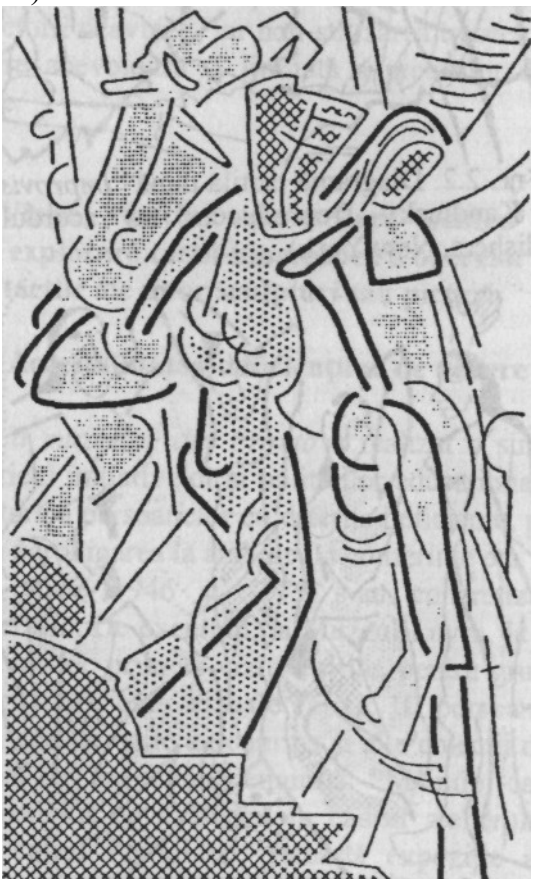


Figura nr. 2.1. Diagramă tactilă după *"Nude*

Descending a Staircase No. 2" de Marcel Duchamp (reproducere cu acordul Optical Touch™, Publishers, New York)

Figura nr. 2.2. Diagramă tactilă după *"Improvisation 28"* de Wassily Kandinsky (reproducere cu acordul Optical Touch™, Publishers, New York)

Figura nr. 2.3. Diagramă tactilă după

"*Leş Demoiselles d'Avignon*"
de Pablo Picasso (reproducere cu acordul Optical Touch™, Publishers, New York)

în privinţa unor albume de artă cu imagini tactile, sondajele efectuate de Hatwell şi Sarocchi, în rândul unor nevăzători timpurii, evidenţiază câteva inconveniente: a) aceste albume de artă nu sunt consultate cu eficienţă de o persoană nevăzătoare decât în prezenţa şi cu ajutorul unui văzător, care îi ghidează explorarea tactil-kinestezică a operei de artă redată în relief; b) utilizarea hârtiei gofrate reduce eficacitatea tactilă (mulţi nevăzători spun că pe această hârtie nu pot citi braille-ul); c) absenţa comentariilor descriptive din unele albume îi lasă perplex pe lectorii neavizaţi, iar non-stilizarea traseelor conduce la o înţelegere anevoioasă şi limitată a picturilor redate prin imagini tactile.

2.2. Vizite "tactile" şi ateliere pentru însuşirea tehnicilor de explorare tactil-kinestezică a operelor de artă şi a imaginilor tactile ale unor sculpturi sau picturi

2.2.1. Accesibilitatea deficienţilor de vedere la muzee în Franţa

Direcţia muzeelor din Franţa a realizat o sinteză referitoare la istoricul iniţiativelor şi politicilor educaţionale privind accesul la cultură a persoanelor cu diferite deficienţe, prin vizite la muzee, prin participarea la ateliere, la conferinţe etc.

Astfel, între 1946 şi 1979 s-au concretizat câteva iniţiative dispersate. De exemplu, la Muzeul Luvru, la colecţiile egiptene, au avut loc primele vizite tactile, pentru grupuri mici de persoane cu deficienţe

vizuale (circa 10 persoane într-un grup). Treptat, aceste vizite au cuprins şi alte colecţii de artă.-In 1977 s-a creat o *expoziţie* denumită "Mâinile care văd", destinată persoanelor nevăzătoare, în cadrul atelierului pentru copii de la Centrul Pompidou. Această expoziţie a devenit itinerantă în Franţa şi în alte ţări europene, în 1979 s-a creat un spaţiu special pentru deficienţii de vedere la "Cite des Sciences et de l'Industrie" din Paris.

După 1980 politica educaţională privind egalitatea acesului la cultură a persoanelor cu disabilităţi a devenit tot mai coerentă şi mai eficientă. Menţionăm, în continuare, cele mai importante acţiuni din cadrul acestei politici educaţionale, în 1980s-a creat Fondul de Intervenţie Culturală, care a a reunit la Centrul Pompidou din Paris două mese rotunde privind practicile culturale ale nevăzătorilor şi persoanelor cu deficienţe de auz. începând din anul 1980 a început transcrierea în braille a unor broşuri în care se prezintă muzeele naţionale franceze. In 1981se deschid primele expoziţii tactile la muzeul Denon din Châlons-sur-Saone. în perioada 1982-l986 s-au creat expoziţii tactile temporare la Paris, de către departamentul sculpturilor din muzeul Luvru la Palatul Tokyo, cu opere de artă din Evul Mediu, secolul al XIV-lea şi secolul al XlX-lea. în 1988 au loc mai multe evenimente culturale, dintre care amintim câteva: Colocviul internaţional "Muzee deschise pentru toate simţurile", organizat la Paris de Consiliul Naţional al Muzeelor; expoziţia tactilă itinerantă "Tissu-tact", organizată de mai multe muzee fanceze; declanşarea concursului pentru primirea persoanelor cu deficienţe vizuale în muzee, începând din 1989, s-a mărit în

mod progresiv accesibilitatea deficienţilor de vedere în spaţiile
muzeului Luvru.

După 1990 s-a conştientizat tot mai mult de către autorităţile franceze şi de către personalul din muzee necesitatea accesului la cultură a persoanelor cu deficienţe. O anchetă referitoare la "muzeele fără exclusivitate" din 1992 a scos în evidenţă faptul că 24 de muzee primesc vizitatori cu deficienţe vizuale, pentru ca o nouă anchetă, din anul 1996, să demonstreze accesul tot mai larg la muzee a persoanelor cu deficienţe de vedere, astfel încât 117 muzee au avut vizitatori nevăzători şi slab-văzători. în anul 2000, numărul unor astfel de muzee din Franţa a ajuns la 127, dintre care un număr de 124 au dispozitive speciale pentru facilitarea vizitelor realizate de persoanele cu deficienţe vizuale.

începând din 1991 s-au organizat stagii de formare pentru personalul din serviciile culturale ale muzeelor, în colaborare cu Şcoala Naţională a Patrimoniului, iar în 1992 s-a editat şi difuzat manualul *Muzeele pentru toţi,* referitor la accesul la muzee a persoanelor cu disabilităţi, destinat profesioniştilor din muzee, în 1992 au avut loc şi alte acţiuni destinate accesului la muzee a deficienţilor de vedere: s-a publicat o listă în braille cu 20 de muzee care primesc persoane cu deficienţe vizuale; a apărut cartea cu imagini în relief a unor desene şi picturi ale lui Picasso, editată de Muzeul Picasso în parteneriat cu Reuniunea Muzeelor Naţionale şi cu Fundaţia Franţei; totodată, Reuniunea Naţională a Muzeelor a hotărât asigurarea gratuităţii pentru intrarea în muzee a persoanelor cu disabilităţi, posesoare a unui certificat de invaliditate, şi a însoţitorilor acestora, precum şi un tarif redus pentru vizitele-conferinţe, la 34 de muzee naţionale, în 1994 apare o nouă ediţie în braille cu lista muzeelor accesibile deficienţilor de vedere, cu un index pe regiuni, însumând 120 de muzee.

în 1995 s-a desfăşurat *cercetarea-acţiune* Toulouse/ Barcelona cu tema: "Cecitatea şi experienţa estetică", prin colaborarea unor muzee, instituţii pentru deficienţii de vedere şi universităţi. Tot în 1995 s-a deschis la muzeul Luvru spaţiul tactil în cadrul departamentului de sculpturi, iar la muzeele din zona Nord-Pas-de-Calais s-a creat o reţea de muzee care a organizat vizite tactile la colecţiile de sculpturi.

Anchetele întreprinse pe plan european privind accesul la muzee a persoanelor cu deficienţe de vedere au surprins următoarele probleme esenţiale: a) noţiunea de *accesibilitate* evocă mai ales un ansamblu de

dispozitive tehnice specifice diferitelor deficienţe, care să faciliteze accesul la muzee şi desfăşurarea vizitelor, participarea la ateliere, la conferinţe etc.;
b) *accesibilitatea* implică şi o *dimensiune simbolică* fundamentală, care se referă la recunoaşterea existenţei persoanelor cu disabilităţi şi a drepturilor fundamentale ale acestora, afirmându-se importanţa şi valoarea participării lor

sociale; c) ideea *necesităţii confortului* în muzee, care se impune a fi mereu îmbunătăţit; d) ideea *aportului cultural al accesibilităţii* se referă la faptul că personalul din muzee recunoaşte dreptul persoanelor cu disabilităţi de a avea acces la patrimoniul cultural comun, dar şi a faptului că pentru aceasta se impune un demers psihopedagogie şi metodic, de nuanţă specifică, al vizitelor, atelierelor, conferinţelor etc; de asemenea, se impune o reînnoire a temelor acestor activităţi muzeale.

Muzeele trebuie să ofere deficienţilor de vedere, ca şi altor persoane cu cerinţe speciale datorate unor disabilităţi, cele mai bune condiţii de primire şi de efectuare a activităţilor (vizite, ateliere, conferinţe), pentru a facilita întâlnirea cu operele de artă, perceperea şi înţelegerea mesajelor acestora, oferindu-se momente de plăcere şi de schimburi de opinii, de aprecieri cu alte persoane (cu deficienţe sau valide). Deci, trebuie să se creeze un confort fizic, ergonomie şi psihic (intelectual şi afectiv), distingându-se trei momente-cheie: invitarea la muzeu, sosirea la muzeu şi vizita propriu-zisă.

Diferite anchete au scos în evidenţă doleanţele persoanelor cu deficienţe de vedere, ca şi cele ale altor persoane cu disabilităţi de alte genuri (deficienţi de auz, deficienţi motori etc). Astfel, în 1992, Departamentul pentru public al Direcţiei Muzeelor din Franţa a lansat o anchetă privind accesibilitatea persoanelor cu disabilităţi la instituţiile muzeale, chestionarul fiind destinat unui număr de 1.500 de muzee. Participarea la această anchetă a fost de trei ori mai rnare decât la ancheta precedentă din 1989, ceea ce demonstrează sporirea interesului personalului din muzee faţă de accesul la cultură al persoanelor cu disabilităţi,

problematică atât de complexă şi de importată pentru sporirea calităţii vieţii acestora. Eşantionul muzeelor a fost ales după două criterii: a) numărul mediu de vizitatori valizi şi cu disabilităţi dintr-un an (sub 10.000 de vizitatori, între 10.000 şi 25.000 de vizitatori şi peste 25.000 de vizitatori); b) orientarea şi specificul colecţiilor muzeale: arte frumoase, istorie, arheologie, etnografie, istorie naturală, ştiinţă şi tehnică.

în tabelul I sintetizăm câteva rezultate ale unei investigaţii privind facilităţile şi ajutoarele specifice acordate persoanelor cu deficienţe vizuale în cadrul vizitelor la muzee, datele fiind preluate dintr-o anchetă realizată în 1995 de Direcţia Muzeelor din Franţa.

Tabelul I

Repartiţia muzeelor în funcţie de serviciile şi instrumentele de mediere oferite persoanelor cu deficienţe vizuale (nevăzători şi slab-văzători) (Direcţia Muzeelor din Franţa, 1995)

Instrumentele de mediere	Există servicii şi instrumente specifice (%)	Nu există, dar se preconizează realizarea lor (%)	Numărul muzeelor
Un plan al muzeului cu indicarea	8	70	22
Vizite ghidate, vizite tactile comentate	3	36	61
Ateliere specifice: vizite şi ateliere tactile	17	45,5	37
Posibilitatea de explorare tactilă a: - operelor originale; - mulajelor operelor; - machetelor manipulabile.	16 7 7	30 38 35	54 55 58
Documente specifice cu caractere mărite: - de informare; - acompaniatoare, explicative; - un catalog; - alte documente.	6,5 5 5 2,9	69 64 44 30	24 31 51 67 -

Documente în braille: - de informare; - acompaniatoare, explicative; - un catalog; - alte documente.	4 3 3 3	58 51 39 29,5	38 46 58 67

Personalul din muzee este conştient de ameliorările care trebuie aduse pentru sporirea gradului de acces la cultură a deficienţilor de vedere, astfel încât să se îmbunătăţească toate aspectele ergonomice legate de intrarea în muzee, de iluminarea adecvată a spaţiilor, utilizarea indicatoarelor în braille, optimizarea funcţionalităţii spaţiilor de repaus, îmbunătăţirea acusticii din sălile destinate vizitelor tactile, expoziţiilor, atelierelor şi conferinţelor.

2.2.1.1. Vizite tactile şi ateliere de modelaj la Muzeul Rodin

Pentru a ilustra utilitatea atelierelor destinate învăţării tehnicilor de explorare tactil-kinestezică a unor sculpturi şi realizarea de către subiecţii deficienţi vizuali a unor produse de nuanţă artistică prin modelaj, redăm esenţa unor experienţe realizate la Muzeul Rodin, în cadrul unui proiect pedagogic comun cu *Institut National des Jeunes Aveugles* (I.N.J.A.) din Paris, privind accesul la muzee a elevilor nevăzători şi slab-văzători. Astfel, Fran9ois (1998, p. 129) arată că după anul 1990, Muzeul Rodin a organizat "vizite tactile" pentru elevi şi adulţi nevăzători, în zilele de luni, când muzeul era închis pentru publicul larg. în acest cadru s-a derulat şi proiectul "clasă-sculptură", care viza cicluri de 'Vizite tactile" şi ateliere de modelaj, iniţiind elevii deficienţi vizuali în domeniul principiilor fundamentale ale sculpturii (noţiuni referitoare la echilibru, proporţii şi compoziţie). Aceste cicluri se derulau pe parcursul a cinci şedinţe pentru fiecare clasă, analizându-se progresiv expresiile feţelor, poziţia şi mişcarea corpului şi compoziţia grupurilor sculptate. Trei dintre aceste şedinţe au fost urmate de activităţi de modelaj într-un atelier din cadrul muzeului. Animatorii plasticieni din

muzeu ofereau elevilor informaţii referitoare la istoricul şi tehnica sculpturilor, precum şi la diversele aspecte ale istoriei artei, ale curentelor artistice, informaţii generale despre artă etc.

Redăm, în continuare, esenţa derulării proiectului în cadrul celor cinci şedinţe.

a) Prima şedinţă a constat în *evocarea marilor etape ale istoriei sculpturii,* pornind de la mulajele prezente la I.N.J.A. Astfel, după prezentarea elevilor şi animatorilor plasticieni, s-a trecut la prezentarea istorică a operelor şi la *iniţierea fiecărui elev în explorarea tactil-kinestezică a unei sculpturi.*

b)A doua şedinţă a avut ca obiectiv *cunoaşterea generală de către elevi a muzeului şi a operei lui Rodin,* iniţiindu-i în explorarea tactilă a sculpturilor din bronz, selectându-se şase-opt opere. S-a prezentat, mai întâi, hotelul Biron, pe baza unui pliant tactil şi a reperării localizării în spaţiu. Apoi s-a insistat asupra faptului că vizitele "tactile" trebuie să corespundă unei logici a parcursului muzeal, care este necesară pentru a permite descoperirea şi înţelegerea operei. Au fost antrenate procedeele specifice explorării tactil-kinestezice a bustului sculpturilor, a corpului în întregime şi apoi a grupului sculptat. Printre operele explorate tactil-kinestezic au fost: *Jean-Baptiste Rodin* (tatăl sculptorului), *Eustache de St. Pierre* (studiu), *Gânditorul.*

c)A treia şedinţă din cadrul vizitei "tactile" a avut ca scop *descoperirea de către elevi a expresiilor feţelor,* prin

studierea câtorva busturi, precum: *Jean-Baptiste Rodin, Mignon,*
Capul Sfântului loan Botezătorul, Strigătul.
d)A patra şedinţă a constat în explorarea tactil-
kinestezică a corpului în întregime şi a operelor fragmentate,
urmărindu-se *descoperirea de către elevi a proporţiilor şi*
echilibrului corpurilor umane sculptate şi că, de fapt, corpul
este un alt vector al exprimării sentimentelor. Pentru aceasta s-
au explorat tactil: *Toaleta lui Venus, Martirul, Gânditorul, Jean*
d'Aire (studiu) şi alte sculpturi. Pornind de la explorarea tactil-
kinestezică a unor asemenea sculpturi, această şedinţă s-a axat
pe studierea operelor cu scopul de a se analiza diferite poziţii ale
corpurilor şi ale diverselor părţi ale corpurilor. Astfel, s-a
urmărit:

- recunoaşterea tactilă a axelor de reper pe întregul corp;

analiza poziţiei corpului, evocându-se poziţiile corpurilor din sculpturile clasice, comparativ cu cele din perioada Renaşterii (de exemplu "Sclavul" de Michelangelo, care este accesibil în spaţiul tactil din Muzeul Luvru);

noţiunea de echilibru în raport cu poziţia corpului, elevii urmând să înţeleagă cum se realizează echilibrul corpului prin punctul sau punctele de sprijin;

descoperirea repartizării volumelor şi noţiunea de contrabalansare, pentru păstrarea echilibrului; găsirea centrului de gravitaţie şi importanţa piciorului de sprijin;

problemele de echilibru, importanţa armăturii; - rolul soclului ca punct de sprijin;

descoperirea şi perceperea, "simţirea" tensiunilor, a torsiunilor corpului, pentru a înţelege cum exprimă Rodin un sentiment, o acţiune în curs de desfăşurare, elevii interpretând mişcarea, semnificaţia unei poziţii, a unei atitudini.

Pe parcursul realizării de către elevi a unor sculpturi din lut, prin activităţile şi exerciţiile din atelierul de modelaj se urmăresc, de asemenea, şi o parte dintre obiectivele menţionate mai sus.

e) în cadrul celei de a cincea şedinţe, în maximum 30 de minute, trebuie să se realizeaze de către fiecare elev recunoaşterea tactil-kinestezică a unei opere pe care a ales-o, studiind cu animatorul principiile sculpturii respective. Acest obiectiv se urmăreşte şi în cadrul atelierului de modelaj.

însuşirea unor procedee de - recunoaştere

tactilă s-a dovedit posibilă şi foarte utilă pentru elevii nevăzători. Această recunoaştere a formelor geometrice, a volumelor, prin simţul tactil-kinestezic permite o mai bună memorare a senzaţiilor trăite pe parcursul explorării sculpturilor, ceea ce se

concretizează apoi în desfăşurarea cu succes a activităţilor de modelaj în lut.

2.2.1.2. Spaţiul tactil şi atelierele destinate deficienţilor vizuali la Muzeul Luvru

Prin crearea "*spaţiului tactif* prin vizite şi prin atelierele destinate deficienţilor vizuali în cadrul Muzeului Luvru se urmăreşte lărgirea accesului la cultură a acestor persoane. Colecţiile permanente şi expoziţiile temporare sunt accesibile slab-văzătorilor, intrarea fiind liberă pentru aceştia şi pentru însoţitor. Vizitele sunt organizate pentru grupuri mici, în zilele de marţi, când muzeul este închis pentru marele public.

Spaţiul tactil este organizat în departamentul sculpturilor din aria Denon, prin oferirea spre explorare tactil-kinestezică a unui număr de douăzeci de mulaje ale unora dintre cele mai celebre opere sculpturale franceze şi italiene din cadrul muzeului Luvru, opere realizate în secolele XI-XDC. Menţionăm câteva dintre acestea: *Sfântul Mihail doborând dragonul* (Bourgongne, secolul al Xll-lea, originalul în piatră); *Fecioara şi pruncul* (Ile-de-France, secolul al XlV-lea, originalul în marmoră); *Charles V, regele Franţei* (Ile-de-France, secolul al XlV-lea, originalul în piatră); *Sclav rebel* de Michelangelo (Italia, Roma, secolul al XVI-lea, originalul în marmoră); *Jaguar devorând un iepure* de Antoine-Louis Barye (Franţa, secolul al XlX-lea, originalul în bronz).

Persoanelor nevăzătoare li se pun la dispoziţie, spre a fi explorate tactil, eşantioane din materialul din care sunt realizate sculpturile originale, precum şi dosare cu 20 de fişe de prezentare a sculpturilor, scrise în braille sau cu caractere mărite. Fiecare fişă conţine o descriere a operei, punând accent pe aspectele cele mai semnificative ale acesteia, urmată* de scurte note

referitoare la plasarea operei în contextul istoric, subliniindu-se importanţa ei pentru istoria artei. De asemenea, nevăzătorilor li se oferă şi un audio-ghid cu claviatura în braille, dându-li-se, astfel, posibilitatea audierii comentariilor asupra operelor explorate tactil.

Serviciul cultural din Muzeul Luvru organizează, în plus, vizite şi ateliere pedagogice specializate pentru persoanele care doresc să dobândească o mai bună cunoaştere a operelor şi a tehnicilor de realizare a acestora.

2.2.2. Servicii educative în muzeele din Belgia

începând din anul 1970, Muzeul Regal de Artă şi Istorie din Bruxelles a lansat în cadrul serviciilor educative aşa-numitul *Muzeu pentu nevăzători.* Spaţiul *Muzeului pentru nevăzători,* în care sunt expoziţii temporare, este accesibil tuturor vizitatorilor. Primirea în muzeu a vizitatorilor nevăzători şi slab-văzători a suscitat un real interes, atât din partea personalului educativ, cât şi a celui ştiinţific (Vonbeveron, 2000).

Pentru o mai bună organizare a activităţilor, mai ales a vizitelor tactile, s-a constatat că este mai indicat să se repartizeze vizitatorii în raport cu gradul şi cu specificul deficienţei vizuale, colaborându-se cu însoţitorii acestora. Este important să se cunoască tipul vederii slabe (vedere tubulară, ' datorată glaucomului, vedere "ceţoasă", datorată cataractei etc.), iar în cazul nevăzătorilor - dacă este vorba de cecitate congenitală sau dobândită. Toate aceste informaţii permit să se adapteze comentariile şi modalităţile de explorare a operelor de artă şi a altor obiecte din muzeu, pentru ca fiecare vizitator să le descopere în ritmul său propriu. Această flexibilitate şi contactul direct care se stabileşte cu ghidul, recunoaşterea vocii acestuia, de la o expoziţie la alta, erau preferate comentariilor preînregis-trate pe bandă magnetică.

Serviciile educative şi culturale francofone şi flamande din cadrul muzeului organizează în

fiecare an expoziţii temporare, cu durata de câteva luni,- organizează vizite tactile, ateliere şi conferinţe. Independent de expoziţiile temporare au fost amenajate două spaţii speciale în cadrul colecţiilor permanente cu obiecte din India şi din Orientul Apropiat.

Dintre expoziţiile organizate la *Muzeul pentru nevăzători,* începând din 1970, aminitim: "Arta pentru

nevăzători" (1970); "Animalele în artă" (1973); "Imaginea lui Budha" (1979); "Catedrala" (1981); "Trilogia femeii" (1982); "Imagini ale divinităţilor hinduse" (1985); "Animal sacru, animal simbol" (1986); "Insula Paştelui - o enigmă" (1989); "Rimambelle. Copilul în artă şi în tradiţiile populare" (1990); "Arta stepelor" (1991); "Netzuke. O Japonie în miniatură" (1995, 1996); "Galo-romanii în Belgia" (1997); "Drumul cristalului: vase şi sculpturi din perioada 1950-l980" (1998); "Din Orient spre Occident. Excursii pe drumul mătăsii" (1999).

Pentru vizitele la expoziţiile temporare, în decurs de un an, serviciul educativ francofon organizează aproximativ 50 de vizite, ceea ce înseamnă că la muzeu vin aproximativ 200 de vizitatori cu deficienţe vizuale, echipa ghizilor rezervându-şi pentru acest tip de vizite 25 de zile. Activitatea se organizează şi se desfăşoară inclusiv pentru o singură persoană, dar cel mai adesea pentru grupe mici, formate din patru sau cinci persoane. Pentru facilitarea înţelegerii obiectelor percepute de persoanele cu deficienţe vizuale şi a explicaţiilor oferite de ghid, se poate recurge la machete, mulaje, planşe în relief realizate după procedeul Minolta, înregistări sonore etc. Obiectele de mici dimensiuni sau cele foarte valoroase, aflate în vitrine, sunt puse pe o masă spre a fi explorate tactil-kinestezic de grupuri mici, formate din trei până la cinci persoane. Operele de dimensiuni mari sunt prezentate în diferitele săli ale muzeului, având etichete scrise în braille. Pentru slab-văzători, sunt puse la dispoziţie lupe. Problemele care s-au pus şi continuă să se pună vizează: operele care trebuie selectate pentru explorare; materialul didactic complementar; mijloacele de mediere necesare;

amenajarea spaţiilor muzeale.

Explorarea directă tactil-kinestezică este permisă pentru unele piese din Egipt, mobilierul din secolul al XV-lea şi al XVI-lea, ceramicile europene etc. Conservarea patrimoniului necesită o atingere sensibilă şi limitată a operelor, explorarea tactil-kinestezică şi manipularea acestora fiind rezervată doar persoanelor cu deficienţe vizuale, în special nevăzătorilor. Toate

piesele policrome, cele din pietre poroase, din lemn fragil sunt excluse de la explorarea tactil-kinestezică, pentru a se putea conserva în condiţii bune.

Un criteriu important al selectării operelor care sunt explorate tactil-kinestezic este "lizibilitatea tactilă" a acestora. Un prim aspect îl reprezintă dimensiunile operei. Vizitatorul nevăzător trebuie să poată descoperi opera atât global, cât şi în detaliu, stând într-o poziţie confortabilă. Se exclud, deci, operele foarte mari sau foarte mici dacă nu i se oferă vizitatorului posibilitatea unei descoperiri tactil-kinestezice progresive a mărimii reale a obiectului, făcând apel la secvenţe exploratorii intermediare. Etapele intermediare propuse pentru descoperirea unei opere impun apelarea la un material didactic specific (machete, mulaje, imagini tactile), precum şi la o documentare anexată tematicii vizitei, documentare ce rezidă în cataloage, pliante şi etichete în braille sau cu caractere mărite, casete audio.

Prin vizitarea expoziţiilor, persoanele cu deficienţe de vedere iau cunoştinţă despre două metode fundamentale de creare a unei opere sculpturale în trei dimensiuni: a) realizarea operei dintr-un bloc de piatră, marmoră sau lemn în mărime naturală; b) elaborarea prin diferite tehnici a unei forme dintr-un material maleabil, cum ar fi lutul, sau din diferite metale.

După ce constată că este achiziţionată cunoaşterea materialelor, cei care organizează expoziţiile se orientează spre teme specifice istoriei artei, în derularea cronologică şi în diversitatea geografică. Astfel, de exemplu, în acest mod a fost organizată expoziţia "*Feţele care vorbesc*". Studierea feţei apare, în acelaşi timp, ca o sinteză a obiectivelor din unele expoziţii

precedente, deoarece toate materialele erau asemănătoare, şi ca o nouă modalitate exploratorie pentru abordarea antropologică, sociologică şi psihologică a formelor. Această abordare complexă este posibilă deoarece faţa umană este prezentată în diversitatea sa geografică, precum şi în evoluţia sa istorică, muzeul dispunând de 60 de opere de pe cinci continente. Cu această ocazie, vizitatorii au avut prilejul să

compare concepţiile plastice ale marilor civilizaţii ale lumii: din Egipt până în Extremul Orient, trecând prin etapa greco-romană care a pus accentul pe "gramatica portretului realist şi umanist", în timp ce din America precolumbiană până la Africa şi Oceania "portretul se dezarticulează pentru a se îmbogăţi cu simboluri sau cu ritualuri" (Ruyssinck, 1989). Prin maniera de realizare a feţelor umane se exprimă o atitudine faţă de societate, faţă de zeităţi şi faţă de moarte.

Tot o abordare complexă istorică, antropologică, sociologică, psihologică şi estetică - s-a realizat şi cu prilejul expoziţiei *"Trilogia Femeii"* (1982). Expoziţia a avut ca scop reliefarea diverselor reprezentări plastice ale femeii şi analiza evoluţiei acestora, atât pe plan estetic, cât şi pe plan istoric, în legătură cu diferitele statusuri şi roluri sociale pe care le-a avut femeia, din preistorie până în zilele noastre. Expoziţia a căutat să ilustreze trei funcţii majore care decurg mai ales din Darticularităţile biologico-morfologice ale femeii: femeia mamă, femeia curtezană şi femeia ca persoană. Din negura vremurilor, femeia simboliza fecunditatea, ca mărturie fiind accentuarea)ldurilor şi a sânilor - ca simboluri ale acestei fecundităţi, serele realizate în Grecia, în care este redată femeia, în mare jarte pun accentul pe contrastul dintre această fiinţă care este ivită ca fiind "sexul slab" şi bărbat, care este redat ca srezentant al unei societăţi în care acesta are statusuri şi roluri jciale dominante. Dar creaţiile plastice din Grecia exprimă şi lungul drum parcurs de femeie pentru dobândirea unor drepturi. Ilustrat în artă, acest drum este redat prin accesul tot mai evident al

corpului femeii la conceptul de frumuseţe plastică, rezervat mult timp bărbatului. Corpul feminin simbolizează tot mai frecvent şi mai relevant delicateţea, supleţea, bogăţia stărilor afective, în timp ce redarea plastică a corpului masculin exprimă noţiunea de forţă, tensiune musculară, nervozitate.

O dificultate a realizării cu succes a vizitelor tactile constă în lentoarea explorării, precum şi în absenţa cunoştinţelor de istoria artei pentru cea mai mare parte a vizitatorilor, deci în

absenţa referinţelor necesare înţelegerii mesajului cognitiv şi emoţional-estetic al operelor.

Experienţa dobândită a arătat că spaţiul sălilor în care se amplasează expoziţiile are o mare importanţă pentru buna desfăşurare a vizitelor. Persoanele cu deficienţe de vedere apreciază modul de expunere a obiectelor în cadrul respectivelor spaţii muzeale. De asemenea, aceste persoane sunt sensibile la calitatea prezentării obiectelor de către ghid. S-a constatat că vizitele efectuate cu slab-văzătorii pot fi, adesea, derutante pentru ghid. Pentru acesta, este dificil să ştie ceea ce realmente au perceput slab-văzătorii şi în ce condiţii ar percepe mai bine obiectele explorate prin punerea în lucru a resturilor de vedere de care aceşti subiecţi dispun. Mai ales la începutul vizitelor, unii slab-văzători refuză să apeleze şi la explorarea tactil-kinestezică a obiectelor, pentru a-şi completa informaţiile culese pe cale vizuală.

Ghidul conduce nevăzătorii de la un obiect la altul, dând explicaţiile necesare. Pentru a conduce explorarea tactil-kinestezică, ghidul va utiliza noţiuni spaţiale ca "la stânga, la dreapta, înainte, înapoi, sus, jos". Se va insista asupra necesităţii ca mai întâi să se exploreze global obiectul de artă şi apoi pe detalii, propunându-se o explorare continuă a obiectului. Vizitele tactile cer din partea nevăzătorilor o concentrare maximă a atenţiei. Unele persoane invocă limitele capacităţilor proprii de explorare tactil-kinestezică, manifestând o stare de oboseală. Pentru evitarea acesteia se recomandă să nu se exploreze prea multe obiecte în cadrul unei singure vizite tactile şi, de asemenea, să nu existe o monotonie a suprafeţelor şi a materialelor. Pentru a se face apel la memorie, dacă tema vizitei tactile permite, se va relua

explorarea unui obiect expus în vizita anterioară.

Vizitele ghidate sunt concepute astfel încât un animator să ia în grijă un grup mic, de aproximativ cinci persoane, astfel încât, cu prilejul fiecărei vizite, persoanele cu deficienţe de

vedere să obţină un maximum de beneficiu din descoperirea operelor de artă.

2.2.3. Experienţe italiene privind accesul la muzee al persoanelor cu deficienţe vizuale

Dintre experienţele italiene destinate accesului la muzee al persoanelor cu deficienţe vizuale amintim: Muzeul tactil de pictură antică şi modernă "Anteros" din cadrul Institutului pentru nevăzători "Francesco Cavazza" din Bologna; vizitele tactile din cadrul unor muzee, precum muzeul "Homer" din Ancona şi muzeul "Egizio" din Torino; iniţiativele demarate în Torino de Asociaţia "Tactile Vision Onlus"; proiectul "Veneţia pentru toţi".

a)*Muzeul "Anteros" din cadrul Institutului pentru nevăzători "Francesco Cavazza "* din Bologna a pus la dispoziţia nevăzătorilor itinerarii didactice, prin vizite tactile, pentru cunoaşterea unor picturi antice şi moderne. Pentru perceperea tactil-kinestezică a picturilor s-a realizat, prin tehnici speciale, redarea acestora prin basoreliefuri tridimensionale. Redarea prin basoreliefuri a picturilor permite nevăzătorilor ca prin explorarea tactilă să realizeze o bună percepţie a formelor, fără să se piardă viziunea de ansamblu. Pentru fiecare operă este prevăzută o explorare dirijată, astfel încât să îi permită nevăzătorului să înţeleagă sensul, semnificaţia elementelor componente ale picturii. Astfel, există şi posibilitatea sesizării valorii estetice a diferitelor părţi componente ale picturii reproduse prin basorelief, punându-se accent pe capacităţile integrative şi pe imaginaţia persoanelor nevăzătoare.

b) *Muzeul tactil "Homer" din Ancona* are trei

colecţij: o colecţie conţine reproduceri în gips ale unora dintre cele mai celebre sculpturi din toate timpurile; o altă colecţie cuprinde opere originale ale unor artişti contemporani, iar a treia conţine modele ale unor opere arhitecturale, uşor accesibile pe baza simţului tactil-kinestezic. Muzeul este prevăzut cu un sistem de orientare sonoră, pentru a permite nevăzătorilor să efectueze

vizite autonome, în grup sau individual. In medie, într-un an sunt 3.000 de vizitatori cu deficienţe de vedere. Responsabilii muzeului au încercat să facă posibile în mai mare măsură vizitele individuale, pentru că cele în grup sunt, în general, rapide şi superficiale.

c)*Muzeul "Egizio " din Torino* oferă publicului o colec
ţie de mare interes privind arta şi civilizaţia egiptenilor antici.
Primele iniţiative referitoare la accesul nevăzătorilor la statui din
Egiptul antic datează din 1988, când s-a inaugurat un itinerar
tactil, însoţit de o carte cu imagini tactile (desene în relief),
realizate pe hârtrie cu microcapsule, ale fiecăreia dintre statuile
care puteau fi explorate tactil-kinestezic. De asemenea, li se pun
la dispoziţie informaţii înregistrate pe casetă audio, despre
statuile respective. Nevăzătorii pot explora, individual sau în
grup, circa 10 statui, fiind conduşi de muzeografi specializaţi
pentru vizitele tactile, care îi ajută să exploreze tactil-kinestezic
părţile din statui care au maximă valoare informaţională şi le
dau explicaţiile necesare.

d)*Proiectul "Veneţia pentru toţi"* a pornit de la ideea ca
Veneţia - un adevărat oraş-muzeu, cu numeroase edificii
cultural-artistice -, să poată fi vizitată şi de persoanele cu

disabilităţi, inclusiv de cei cu deficienţe vizuale. Pentru aceştia din urmă au fost realizate cărţi cu desene în relief, reprezentând diferite zone ale Veneţiei, cărţi ce se pot procura de la agenţiile de turism. De asemenea, s-a asigurat accesul la cele mai renumite muzee, prin vizite tactile, ateliere şi conferinţe destinate nevăzătorilor şi slab-văzătorilor.

2.3. Perceperea şi reprezentarea mintală a sculpturilor de către persoanele cu deficienţe vizuale

Vederea şi simţul tactil-kinestezic joacă un rol important în interacţiunea omului cu lumea exterioară şi în cunoaşterea acesteia. Modalitatea vizuală de receptare a informaţiilor îi

permite persoanei să îşi reprezinte direct şi global mediul apropiat şi cel îndepărtat.

Privată de vedere, persoana nevăzătoare recurge în mod preponderent la modalitatea tactil-kinestezică pentru receptarea informaţiilor despre mediul înconjurător. Această modalitate de receptare este mai lentă decât cea vizuală şi aduce informaţii parcelare, relativ separate despre obiecte şi dintr-un câmp perceptiv limitat. Transferurile intermodale, care implică şi văzul, au un rol adaptativ major, căci ele permit o învăţare mai eficientă, mai economică, şi asigură o cunoaştere coerentă şi unificată a lumii, în absenţa vederii, transferurile intermodale sunt limitate şi, adesea, mai puţin eficiente (Hatwell, 1996; Portalier, 1999). Persoanele cu cecitate congenitală sau dobândită timpuriu fac apel la alte căi pentru a ajunge la aceeaşi organizare spaţială ca persoanele văzătoare. Construirea relaţiilor spaţiale ale unui obiect, în absenţa vederii, presupune punerea în lucru a unor mecanisme distincte, bazate pe tratarea informaţiilor culese pe cale tactil-kinestezică din mediul apropiat şi pe cale auditivă - din mediul îndepărtat. Pentru coordonarea informaţiilor culese tactil-kinestezic, persoanele nevăzătoare trebuie să facă apel la învăţarea verbală pentru a surprinde şi a înţelege relaţiile spaţiale şi chiar pentru identificarea unor obiecte (Martinez-Sarocchi, 1998). Persoana nevăzătoare este obligată să desfăşoare o activitate mintală laborioasă pentru a reconstrui, pe cale tactil-kinestezică, puţin câte puţin, imaginea perceptivă, în pofida caracterului său secvenţial, explorarea tactil-kinestezică îi poate permite nevăzătorului să obţină reprezentări mintale relativ adecvate, graţie punerii în lucru a

unor tehnici şi strategii specifice de învăţare. Dar, persoanele nevăzătoare au nevoie de referinţe verbale pentru a se orienta în explorarea tactil-kinestezică şi pentru a-şi forma reprezentări despre obiectul perceput prin această modalitate.

Accesibilitatea materială a *sculpturilor,* în general a operelor tridimensionale, ne-ar putea face să credem că

prezentarea lor pentru a fi percepute de nevăzători nu ar necesita nici o adaptare specială. Dar practicile muzeale de acest gen au evidenţiat două categorii mari de probleme: unele puse de sculptori, de muzeografi, de responsabilii cu conservarea operelor, iar alte probleme puse de nevăzătorii înşişi. Hatwell şi Sarocchi (2000) au realizat o sinteză a acestor probleme.

2.3.1. Probleme ridicate de sculptori, de muzeografi şi de responsabilii cu conservarea sculpturilor

Unii sculptori sunt reticenţi în a lăsa operele lor să-şi piardă din ceea ce lumina aduce în plus perceperii creaţiilor lor. în acest sens, menţionăm, de exemplu, limitarea evidentă a receptării mesajului şi a emoţiei estetice prin perceperea tactil-kinestezică a unei sculpturi ca *Zbor - spaţiu şi lumină* realizată de Constantin Lucaci (figura nr. 2.4). Această sculptură este concepută pentru un "art-spectacol", deoarece "captează şi redă într-un mod capricios lumina, antrenând-o într-un sistem general de mişcare" (Rus, 2000). Acelaşi gen de limitări în receptarea anumitor semnificaţii şi în trăirea unei autentice emoţii estetice le găsim şi în cazul sculpturii *"Studenta"*[1] a renumitului artist Ion Vlasiu (figura nr. 2.5), "operă modelată cu delicateţe pe care alunecă lumina, descoperind sufletul sensibil al unei fete" (Lăptoiu, 1974).

Responsabilii cu patrimoniul şi conservarea operelor de artă consideră că pentru o mare parte din sculpturi, datorită caracteristicilor materialului din care sunt realizate, există pericolul alterării prin explorarea tactilă, datorită efectelor transpiraţiei. Reticenţele respective au condus la găsirea unor soluţii, astfel încât şi nevăzătorii să aibă acces la

operele sculpturale. Dintre acestea le amintim pe cele mai uzuale. Astfel, mai ales în unele muzee regionale (zonale), cum ar fi muzeele etnografice, s-au propus itinerarii speciale, jalonate prin ghiduri în braille pentru nevăzători sau scrise cu caractere mărite pentru slab-văzători.

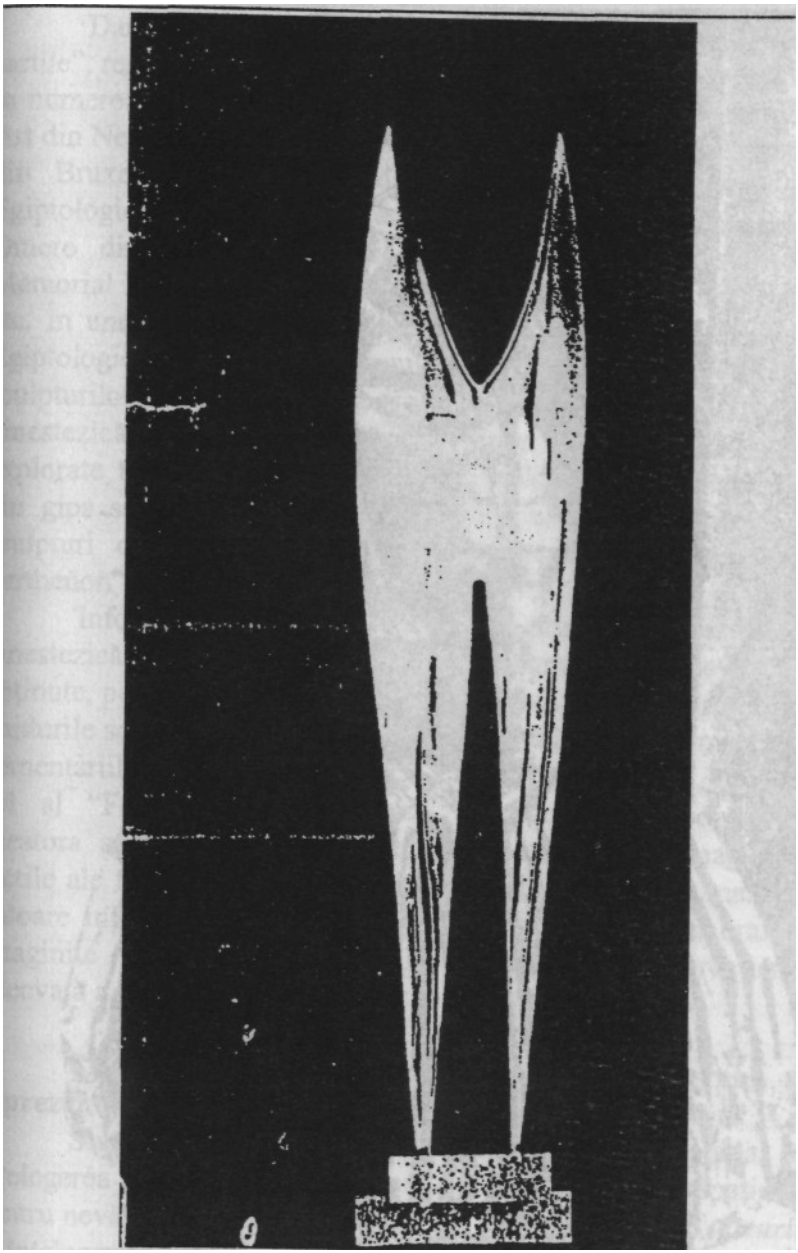


Figura nr. 2.4. Constantin Lucaci, "*Zbor - spaţiu şi luminff"*

Figura nr. 2.5. Ion Vlasiu,
"Studenta"

Dar, totodată, au fost amenajate şi asa-numite "spaţii tactile", respectiv săli speciale pentru nevăzători şi slab-văzători, în numeroase muzee de artă, precum: Metropolitan Museum of Art din New York, Muzeul Luvru, Muzeul Rodin, Muzeul Regal din Bruxelles, Muzeul Ciudad din Barcelona, Muzeul de Egiptologie din Torino, Muzeul Anteros din Bologna, Muzeul Omero din Ancona, British Museum din Londra, Muzeul Memorial Regal Albert din Exeter, Muzeul Naţional din Scoţia etc. în unele dintre muzee, cum este, de exemplu, Muzeul de Egiptologie din Torino, accesul nevăzătorilor la cunoaşterea sculpturilor este direct, permiţându-li-se explorarea tactil-kinestezică a acestora, în original, dar în alte muzee sunt explorate tactil copii (mulaje) ale operelor originale, realizate din gips sau răşini speciale (de exemplu, mulaje după unele sculpturi celebre, la Muzeul Luvru sau după "Frizele din Parthenon", la British Museum).

Informaţiile culese de nevăzători prin explorarea tactil-kinestezică a acestor produse sculpturale sunt completate de cele obţinute, pentru fiecare operă, prin intermediul comentariilor din ghidurile scrise în braille sau cu caractere mărite, precum şi prin comentariile audio, receptate prin căşti, în alte cazuri, precum cel al "Frizelor din Parthenon", explorarea reproducerilor acestora se poate realiza alternativ cu explorarea imaginilor tactile ale fiecărei frize, în care se redau elementele cu maximă valoare informaţională, precum şi comentarii scrise în braille. Imaginile tactile şi comentariile facilitează receptarea mai adecvată a fiecărei copii a frizelor.

2.3.2. Probleme referitoare la perceperea şi reprezentarea mintală a sculpturilor de către nevăzători *

Simţul tactil-kinestezic are limite în perceperea şi înţelegerea spaţiului tridimensional şi a caracteristicilor spaţiale. Pentru nevăzători, o primă problemă o *ridica perceperea texturii şi* înţelegerea semnificaţiilor sculpturilor, în unele

muzee li se impune nevăzătorilor să poarte mănuşi fine pentru protejarea

•I

sculpturilor explorate tactil, ceea ce limitează mult perceperea texturii, a specificului acesteia. Dar şi explorarea directă a reproducerilor din gips sau răşini ridică probleme pentru perceperea şi înţelegerea unor elemente semnificative ale sculpturilor. Astfel, ne putem întreba cum se poate desprinde semnificaţia unor falduri, a unor unduiri fine realizate în piatră sau în marmoră, prin care sculptorul doreşte să evoce fluturarea unei piese vestimentare de mătase, în timp ce pentru un nevăzător, care explorează sculptura, caracteristicile texturii respective pot să fie simţite ca fiind mai "agresive" decât crestele unor munţi dintr-o carte de geografie realizată în relief? în cadrul unei investigaţii (Hatwell şi Sarocchi, 2000) prin care s-a propus explorarea tactilă a unor statui galo-romane, s-a constatat dificultatea persoanelor cu cecitate congenitală sau dobândită timpuriu de a accepta că aceeaşi textură ar putea reprezenta faţa, părul şi îmbrăcămintea, chiar dacă formele sculpturale sunt specifice.

Aprehensiunea tactilă a *formelor* ridică, de asemenea, multe probleme, deoarece simţul tactil-kinestezic este mai puţin adaptat acestei proprietăţi a sculpturilor decât vederea. Dificultăţile percepţiei pot proveni şi din tehnica artistului. Sculpturile în care diferite detalii, ce nu servesc înţelegerii formei, sunt suprimate facilitează explorarea tactil-kinestezică şi înţelegerea semnificaţiilor sculpturii. Dar, în numeroase cazuri, persoanele nevăzătoare abandonează explorarea unei sculpturi în momentul în care, încercând să descifreze detaliile, conştientizează că nu pot realiza sinteza necesară pentru înţelegerea semnificaţiei sculpturii. De exemplu, unii nevăzători care vizitează Muzeul Rodin

abandonează explorarea sculpturilor lui Cămile Claudel în momentul în care încearcă să descopere diferite detalii, conştientizând imposibilitatea receptării acestora prin pipăit, având senzaţia că degetele mâinilor s-ar pierde în aceste detalii.

Importante dificultăţi sunt legate de codarea necesară pentru interpretarea informaţiei evidenţiată prin formele

sculpturii. Astfel de dificultăţi pot fi atenuate prin intermediul unor informaţii iniţiale despre sculptură, în ansamblu, şi despre anumite detalii ale acesteia. Informaţiile iniţiale contribuie la descoperirea semnificaţiei diferitelor elemente ale sculpturii, precum postura personajului redat, expresia feţei, semnificaţia gesturilor în raport cu poziţia mâinilor etc.

Persoanele nevăzătoare au, de asemenea, dificultăţi în recunoaşterea busturilor din operele galo-romane, care depăşesc dimensiunea reală de aproximativ 1,5 ori, ceea ce presupune depunerea unor eforturi mari în explorarea sculpturilor şi în formarea unor imagini mintale unitare.

O cercetare interesantă privind particularităţile reprezentărilor mintale ale unor sculpturi percepute de nevăzători şi slab văzători în comparaţie cu văzătorii a fost realizată de Michaux (1999), cu prilejul unei *expoziţii tactile* a operelor de artă, intitulată *L 'art au toucher* ("Arta pentru pipăit"), organizată la Muzeul din Louvain-la-Neuve (Belgia). Această expoziţie a fost concepută în mod special pentru ca persoanele nevăzătoare să poată percepe toate sculpturile prin explorare tactilă, şi cuprindea două secţiuni: prima, intitulată "Artesens, de *Venus* de Lespugue au *Penseur* de Rodin" ("Artesens, de la *Venus* de Lespugues la *Gânditorul* de Rodin") urmărea punerea în evidenţă a caracteristicilor unor statui, reproduse în răşină, aparţinând diferitelor curente artistice; a doua secţiune, denumită *"13 sculpteurs d'aujourd'huf* ("13 sculptori de astăzi"), prezenta 13 opere contemporane ale unor artişti belgieni, realizate din materiale "moderne" (cauciuc, aluminiu, cupru). Subiecţii investigaţi - nevăzători, slab-văzători şi văzători - au fost evaluaţi în raport cu:

a) *calitatea descrierii verbale* a fiecărei sculpturi percepute; b) *cunoaşterea caracteristicilor* fiecărei opere.

În ceea ce priveşte *calitatea descrierilor,* rezultatele, luate global, nu au evidenţiat diferenţe semnificative între loturile de subiecţi în ceea ce priveşte numărul elementelor descrise vebal, pentru cele două secţiuni ale expoziţiei.

In pofida marii diversităţi de opere expuse, nu s-au observat diferenţe în ceea ce priveşte frecvenţa diferitelor elemente descriptive redate de cele trei loturi. Variaţiile sunt mai mult individuale, în general, cele trei loturi de subiecţi descriu mai detaliat operele secţiunii contemporane.

S-au evidenţiat, totuşi, următoarele particularităţi în privinţa *calităţii descrierilor.*

a)pentru *operele "vechi",* persoanele văzătoare descriu, în primul rând, proprietăţile fizice generale ale unei sculpturi; de asemenea, persoanele slab-văzătoare tind să descrie aceste proprietăţi mai mult decât persoanele nevăzătoare;

b)în ceea ce priveşte *sculpturile moderne,* s-a constatat că văzătorii descriu, în primul rând, proprietăţile fizice generale cu o mai mare frecvenţă decât persoanele slab văzătoare şi cele nevăzătoare.

In privinţa *cunoaşterii caracteristicilor fiecărei opere,* s-au evidenţiat următoarele aspecte:

a)pentru *operele vechi,* scorurile obţinute privind caracteristicile generale, cele de detaliu şi cele vizând expresiile comportamentale nu diferă semnificativ între cele trei loturi de subiecţi;

b)s-a evidenţiat o diferenţă semnificativă

între loturi în privinţa *operelor contemporane,* în sensul că persoanele văzătoare şi slab-văzătoare redau mai multe caracteristici generale ale sculpturilor decât persoanele nevăzătoare.

Investigaţia realizată de Michaux a pus în evidenţă diferenţe importante între *reprezentările mintale* ale sculpturilor în cazul persoanelor văzătoare şi a celor cu deficienţe vizuale (slab-văzători şi nevăzători). Acest lucru este firesc dacă ne gândim la faptul că vederea permite obţinerea instantanee a informaţiilor privind culoarea, profunzimea şi dimensiunea obiectelor. Persoanele nevăzătoare au nevoie de referenţi verbali pentru a se orienta în explorarea tactilă şi pentru a-şi facilita

reprezentarea mintală a sculpturilor, în pofida caracterului secvenţial, explorarea tactil-kinestezică permite, totuşi, acestor persoane să-şi formeze imagini mintale relativ adecvate ale sculpturilor explorate pe baza unor strategii tactil-kinestezice eficiente, dobândite prin exerciţiu, prin învăţare. Majoritatea informaţiilor privind operele de artă sunt dobândite pe parcursul şcolarizării, în cadrul unor discipline precum *istoria artei, desenul,* prin *activităţi de modelaj,* precum şi în cadrul unor *ateliere de artă* şi prin *vizite efectuate în muzee.* Aceste cunoştiinţe se îmbogăţesc şi prin schimburile de informaţii dintre persoanele văzătoare şi cele cu deficienţe vizuale. Desigur, şi în cadrul expoziţiilor tactile se pot realiza schimburi de informaţii şi experienţe în domeniul artelor plastice în cadru unui tandem văzător-nevăzător. O persoană văzătoare ghidează explorarea şi descrie sculptura care este explorată tactil-kinestezic de persoana cu deficienţă vizuală.

în concluzie, credem că merită să fie puse în lucru toate modalităţile care urmăresc optimizarea accesului la muzee a persoanelor cu deficienţe vizuale, reducându-se decalajul dintre văzători şi nevăzători în ceea ce priveşte cunoaşterea specificului unor curente artistice, cunoaşterea particularităţilor unor picturi şi sculpturi şi chiar în sfera experienţelor estetice, facilitându-se asocierea aspectului cognitiv cu cel artistic.

Bibliografie

Edman, P. (1992), *Tactile graphics,* American Foundation for the Blind, New York.

Eriksson, Y. (1997), *What Some People See is what Other Feel,* "Art Bulletin of Nationalmuseum Stockholm", voi 5.

Franţois, A. (1998), *Modelage au Musee Rodin,* în: "Autonomie
et initiatives dans Ies apprentissages chez Ies jeunes deficients visuells", GPEAA, Paris, p. 129-l36.
Garrandes, C. (1986), *Van Gogh,* Editions Garrandes, Nice.

Garrandes, C. (1990), *Caresser Picasso,* Editions Garrandes, Nice.

Garrandes, C. (1992), *Cocteau envisage,* Editions Garrandes, Nice.

Gualandi, P., Secchi, L. (2000), *Tecniche di rappresentazione plastica della realta visiva e metodologia didattica per un 'educazione all 'immagine rivolta a non vedenii e ipovedenti,* în: "Museo tattile di pittura antica e moderna «Anteros» deU'Instituto dei Ciechi «Francisco Cavazza»", Casma s.r.l. tipolito, Bologna.

Hatwell, Y. (1996), *Transferts intermodaux et integration intermodale,* în: M. Richelle, J. Requin, M. Robert (sous la direction), "Trăite de psychologie experimentale", Mardaga, Liege.

Hatwell, Y., Martinez-Sarocchi, F. (2000), *La lecture tactile des cartes et dessins, et l'acces des aveugles aux oeuvres d'art,* în: Y. Hatwell, A. Streri, E. Gentaz (sous la direction), ','Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle", P.U.F., Paris, p. 267-282.

Kosslyn, S.M. (1975), *Information representation in visual images,* "Cognitive Psychology", 7, p. 34l-370.

Lăptoiu, N. (1974), *Muzeul de artă din Cluj,* Editura Meridiane, Bucureşti.

Martinez-Sarocchi, F. (1998), *Quels codes pour quelle information?,* Colloque Arts Plastique et Cecite, 6-7 juin, Louvain-La-Neuve.

Michaux, G. (1999), *Representations mentales d'objets sculpturaux des personnes avec ou sans vision: epreuves d'evaluation,* în: "A la conquete de l'espace", GPEAA, Yzeure-Moulins, p. 50-59.

Paivio, A. (1971), *Imagery and verbal processes,* Hoit, Rinehart & Winston, London.

Portalier, S. (1999), *Leş specificites du developpement dujeune deficient visuel. Applications ă l'etude des concepts d'espace et de temps,* în: "La place de l'espace et du temps dans le developpement psycho-cognitif du jeune deficient visuel", Actes du Coloque FISAF et CNEFEI, Suresnes. Rayner, A. (1998), *Access in Mind - toward the indusive museum,* The Intellectual Access Trust, NMS Museum of Scotland, Edinburgh.

Rus, A. (2000), *Muzeul Naţional de artă din Cluj. Galeria Naţională,* cap. Sculpturi, p. 102-l03.

Ruyssinck, M. (1989), *Le Musee pour Aveugles aux Musees Royaux d'Art et d'Histoire 1970-l989: vingt annees d'activites,* în: "Le Bulletin des Musees Royaux d'Art et d'Histoire", t. 60, Bruxelles, p. 45-61.

Valery, P. (1938), *Degas, danse, dessin,* Gallimard, Paris. Vanbelle, F. (1989), *Initiation des aveugles aux arts plastiques par le toucher dans le cadre de la recherche esthetique,m:* "Actes des XHI-es Journees de l'Association de langue franţaise des psychologues specialises pour handicapes de la vue", p. 32-38.

Vonbeveron, G. (2000), *Specificite du toucher des personnes aveugles et malvoyantes* în: "Images tactiles. Acces â la culture Formation, Rapport d'etude, Project Socrates-Comenius coordination France", CNEFEI.

Weisen, M. (1999), *Access the French way: meeting the museum 's many publics or hunting the snark,* "Barrierfree. The magazine of the Museum and Galleries Disability Association", 2, p. 16-l8.

***, *Art History Through Touch and Sound: A Multisensory Guide for the Blind and Visually Impaired. European Modernism: 1900-l940,* Optical Touch Systems, Publishers, New York, 1999.

***, *L'accesssibilite des musees en France,* Ministere de Culture, Direction des musees de France, 1996.

***, *Making Visual Art Accessible To People Who Are Blind And Visually Impaired,* Art Education for the Blind, New York, 1996.

***, *Museo tattile di pictura antica e moderna "ANTEROS" dell'Istituto deio ciechi "Francesco Cavazza",* Associazione Scuola di scultura aplicata, Bologna, 2000.

***, *Second Sight of the Parthenon Frize,* Marketing Executive, British Museum Press, London, 1998.

CAPITOLUL III
MELOTERAPIA

Preocupările empirice şi studiile referitoare la influenţa muzicii asupra comportamentului uman şi asupra stărilor afective sunt numeroase, iar multe dintre ele au o mare vechime, în diverse culturi se evidenţiază importanţa muzicii şi rolul jucat de aceasta în viaţa omului. Includerea muzicii în diverse ceremonii, inclusiv cu scopuri curative, este menţionată în toate societăţile. De la Platon la primele cercetări sistematice ale lui Esquirol întâlnim aceeaşi dorinţă de a se explica modalităţile de acţiune a muzicii asupra psihicului şi puterea terapeutică a acesteia.

Mai mult decât în cazul altor forme de expresie artistică, muzica - fiind indisociabil legată de numeroase mituri şi având rădăcini în originile umanităţii - se articulează strâns cu magicul şi sacrul, în unele mitologii, muzica este considerată a fi anterioară creării universului şi că a participat la apariţia acestuia. Credinţa referitoare la crearea lumii ca pornind de la un sunet foarte ascuţit şi inefabil, de unde au decurs toate formele de viaţă, este întâlnită în cosmogonia indiană, în schimb, pentru Wagner acest sunet ar fi fost grav şi germinativ, fiind îmbogăţit progresiv prin armonice naturale. Muzica este în raport cu divinităţile originare, permiţându-i în acelaşi timp omului să acţioneze la rândul său asupra spiritelor, în mitologia greacă se manifestă în mod net raportul dintre sunetul primordial, organizator şi generator de lumină, şi zei. Muzica este o ofrandă a lui Hermes; Apollon - zeul solar - îi oferă lira de aur lui Amfion, care asigură

trecerea de la dezordine la ordine, el însuşi fiind la originea ordinii arhitecturale şi muzicale, în sfârşit, Orfeu realizează o sinteză între muzică, lumină şi construcţie.

Tot sistemul muzical grec este saturat în date mitologice şi morale (Nevjinsky, 1996, p. 91).

Levi-Strauss (1964, p. 23), analizând afinitatea între muzică şi mituri, consideră că adevăratul răspuns la această problemă "se găseşte în caracterul comun al mitului şi al operei muzicale de a fi limbaje care transced, fiecare în maniera sa, planul limbajului articulat, cerând însă ca şi acesta, prin opoziţie cu pictura, o dimensiune temporală pentru a se manifesta".

Muzica are o funcţie terapeutică şi educativă, contribuind la realizarea echilibrului dintre corp şi suflet. De asemenea, numeroase studii comparative au scos în evidenţă relaţia între muzică, misticism, transă şi isterie, în aceste situaţii muzica acţionează printr-o îngustare a câmpului conştiinţei subiectului, apoi printr-o repunere în ordine a haosului interior.

în privinţa *utilizării terapeutice a muzicii* în antichitate, amintim câteva exemple. Esculap şi Galenus au recurs la muzică în scopuri curative iar Teofrast şi Asclepiade pentru calmarea bolnavilor cu demenţă. Avicena, celebrul medic din Bagdad, a utilizat muzica pentru vindecarea insomniilor. Platon recomanda muzica pentru tratarea angoaselor fobice. Aristotel remarca efectul benefic al muzicii, considerând că aceasta are o putere catartică, antrenând o veritabilă "purgaţie emoţională" a sufletului.

încă de la grecii antici se remarcă o definire a *etosului,* în sensul cel mai larg, ca efect al muzicii asupra psihicului. Totodată, se subliniază opoziţia între modurile *etice,* paternale şi virile, şi modurile *entuziastice* - propice derulării şi catarzisului, moduri pasionale şi patetice, considerate a fi de esenţă feminină. Aceste câteva preocupări din Antichitate se regăsesc, apoi, începând din Evul Mediu până în epoca modernă. Etosul grec nu este,

în fapt, prea îndepărtat de figuralismul muzical al lui Monteverdi şi al lui Bach, şi nici de leit-motivul wagnerian. Muzica rămâne mijlocul de comunicare emoţională, prin participarea Eu-lui şi a Id-ului. Opoziţia dintre modurile *etice* şi cele *entuziastice* se regăseşte şi în opoziţia dintre cele două principii divine diametral opuse: *apolonian* şi *dionisiac.* Cele

două divinităţi - Apollon şi Dionysos - se opun termen cu termen. Lui Apollon i se ataşează: ordinea, armonia, muzica pacificatoare, în scopul socializării şi spiritului colectiv, în schimb, lui Dionysos i se ataşează: mania şi tragicul, exuberanţa, funcţia liberatoare a muzicii, uniunea în om a naturilor divine şi umane. Apollon va fi alături de Eu şi Supra-Eu, de forţele unificatoare, de Eros, în timp ce Dionysos va fi situat alături de Thanatos, de sfera pulsională a persoanei (Nevjinsky, 1996, p. 24).

Din China şi India există numeroase date cu privire la puterea curativă a muzicii, respectiv a anumitor intervale muzicale utilizate individualizat, în raport cu anumite particularităţi psihofiziologice şi psihosociale ale subiecţilor. S-a lansat ipoteza că un tratament bazat pe cunoaşterea punctelor chinezeşti de acupunctura, pe de o parte, şi pe folosirea frecvenţelor sonore corespunzătoare, pe de altă parte, poate duce la vindecarea anumitor maladii.

După cum susţine Larny (citat de Cezar, 1984), vechea şcoală medicală chineză consideră boala ca o dereglare a ritmului vital, iar scopul terapeuticii este de a reface armonia, restabilind ritmul natural. De asemenea, tradiţia chineză atribuie un sunet, respectiv o frecvenţă particulară, fiecărui organ al corpului omenesc şi susţine că dacă fiecare funcţie se efectuează conform ritmului său specific se ajunge la o stare de armonie şi de sănătate.

Diversificându-şi tehnicile, metodele şi domeniile de aplicare de-a lungul celor două milenii, mai ales din a doua jumătate a secolului al XX-lea, terapia muzicală a cunoscut o dezvoltare deosebită în numeroase ţări de pe toate

continentele.

3.1. Esenţa meloterapiei

Muzica reprezintă arta de a exprima sentimente şi idei cu ajutorul sunetelor combinate într-o manieră specifică. Ea se bazează pe următoarele elemente: *ritm, armonie* şi *melodie.*

Ritmul, în muzică, se referă la aşezarea accentelor tonice într-o frază muzicală. *Armonia* se referă la îmbinarea melodioasă a sunetelor şi se bazează pe tehnica acordurilor, specifică unei compoziţii. Ritmul şi melodia sunt elementele esenţiale care compun un cântec, o melodie. *Melodia* reprezintă o succesiune de sunete îmbinate după regulile ritmului şi modulaţiei pentru a alcătui o unitate cu sens expresiv, rezultând o compoziţie muzicală sau un cântec.

Meloterapia (muzicoterapia, terapia muzicală) a dovedit de-a lungul timpului că are o forţă novatoare, cuprinzând o arie de aplicare tot mai extinsă. Muzica poate facilita restabilirea ritmurilor fundamentale ale organismului, să le declanşeze sau să le sincronizeze, în acest sens, muzica poate fi utilizată în domenii variate, cum ar fi cel al cardiologiei, kinetoterapiei sau psihomotricităţii, acţionând asupra temperării sau antrenării ritmului cardiac, a reînvăţării sensului lateralităţii, a echilibrului static sau dinamic. Muzica poate revitaliza persoanele în vârstă, provocând reluarea contactelor sociale şi încurajând declanşarea de noi motivaţii. Asociată cu metodele verbale, *meloterapia* ajută la punerea în lucru a expresivităţii corporale, contribuie la realizarea relaxării, acţionând concomitent asupra ritmurilor corporale şi asupra psihicului, *Meloterapia* vizează utilizarea judicioasă a muzicii ca instrument terapeutic pentru a menţine, a restabili sau pentru a ameliora sănătatea mintală, fizică şi emoţională a persoanei.

Muzica poate fi utilă în:

reeducarea simţurilor, relaţionând ritmurile, intensitatea vibraţiilor sonore şi a sunetelor cu emoţiile persoanei (aplicarea în domeniul

ortofoniei - pentru hipoacuziei, nevăzători, deficienţi mintali); - disciplinarea gândirii şi a exprimării emoţiilor prin psihomotricitate (în cazul unor persoane cu diferite deficienţe, sau cu anumite boli psihice, a delincvenţilor, a toxicomanilor);

restabilirea echilibrului psihic al individului (depistarea şi eliminarea pulsiunilor suicidare, atenuarea durerilor psihice şi morale ale celor în agonie etc.) prin ascultarea unui instrument muzical sau interpretarea instrumentală; terapia unor insomnii, depresii, anxietăţi, nevroze; tratamentele psihiatrice complexe ale unor nevroze şi depresii severe, ale unor psihoze, a autismului infantil - creându-se o posibilitate unică, specifică, de stabilire a unei relaţii afective cu pacienţii; terapia unor tulburări psihosomatice (anorexie, bulimie, astm, tahicardie etc.); facilitarea aplicării psihoterapiilor individuale în terapia cuplului, terapia familială, în cadrul terapiei complexe a alcoolicilor, mai ales în cazul unor persoane la care alte terapii anterioare au eşuat. Natura nonverbală, creativă şi afectivă a muzicii facilitează autocunoaşterea, exprimarea Eu-lui, comunicarea şi dezvoltarea personală, în acest sens, dintre efectele sale, menţionăm faptul că muzica: a) poate contribui la autoreglarea corpului; b) declanşează şi întreţine gestul pictural sau gestul scrierii; c) reglează emoţiile, permite exprimarea acestora; d) dinamizează procesele inconştiente şi le face comprehensibile, suscitând şi provocând verbalizarea; d) creează sau recreează plăcerea redescoperirii unor trăiri afective alături de altul sau de alţii; e) se înscrie ca suport tranziţional într-un proces şi într-un cadru relaţional de nuanţă psihoterapeutică, acordând subiectului locul care îi este propriu; f) în sfârşit, muzica permite exprimarea dorinţelor sau/şi crearea "dorinţei şi plăcerii de a avea plăceri".

Fiecare gen de muzică poate dobândi, la diferite persoane şi în diferite situaţii, o mare importanţă, deoarece ceea ce se pune în lucru este

mai ales o relaţie ludică, de o anumită nuanţă creativă, eventual estetică.

In opinia a numeroşi cercetători, *meloterapia* face parte din categoria psihoterapiilor cu mediere artistică, prezentând caracteristici specifice. Meloterapia creează un climat favorabil diverselor tratamente psihoterapeutice, fiind considerată şi o ramură a *pedagogiei de susţinere,* în opinia lui Schwabe (citat de Lecourt, 1993, p. 123), meloterapia este o metodă de tratament psihoterapeutic, având ca obiective: o activare emoţională; reglarea tensiunilor afective; o armonizare psihosomatică; o acţiune de iniţiere şi de întărire a contactelor interpersonale; o stimulare a vitalităţii.

Meloterapia se bazează pe utilizarea sunetelor ca instrumente terapeutice, contribuind la restabilirea canalelor de comunicare la diferite persoane cu disfuncţionalităţi, tulburări sau boli psihice, contribuind la o mai bună integrare şi socializare a acestora. Indicaţiile meloterapiei sunt, deci, multiple, fiind recomandată în: educaţia specială; psihiatrie; psihologia clinică; psihopatologia expresiei; reeducarea funcţională; neo-natalitate; psihogeriatrie; susţineri de nuanţă paleativă etc.

Recunoaşterea valorii terapeutice a componentelor muzicii se bazează pe cercetări neurofiziologice, psihofiziologice, neuropsihologice şi psihologice, precum şi pe analiza caracteristicilor pieselor muzicale, în prezent, meloterapia se bazează pe: studii privind localizările cerebrale, care pun în evidenţă rolul hipotalamusului în procesul de reglare; studii referitoare la procesele psihice conştiente şi la inconştientul cognitiv; de asemenea, se bazează şi pe datele psihologiei experimentale şi ale psihologiei clinice.

Puterea dinamogenă a muzicii a fost

evidenţiată de numeroşi cercetători, care au studiat *efectele psihofiziologice ale mesajelor muzicale* (Tastayre, 1968). Astfel, s-a constatat că la *nivel bulbar* influxurile auditive ale nervului VEI pot avea o acţiune facilitatoare sau stimulativă asupra unor reacţii motrice. De asemenea, au loc şi alte reacţii vegetative, precum cele de la nivelul musculaturii striate sau netede. La nivelul *diencefalului* mesajul muzical are o netă influenţă, prin activizarea zonei

posterioare a hipotalamusului; muzica are influenţă asupra sistemului neuro-vegetativ simpatic şi parasimpatic, remarcată prin modificarea ritmului cardiac, a ritmului respirator, influenţarea traseelor E.E.G., a reacţiei psihogalvanice (electrodermale). De exemplu, în Austria, Gerhart şi Hildegung Harrer (2002) au efectuat o experienţă interesantă. Pentru a demonstra influenţa majoră a stimulilor acustici, aceşti cercetători au evaluat reacţia neurovegetativă servindu-se ca parametru de reflexul psihogalvanic. Investigaţiile lor au confirmat afirmaţia lui Ernest Rett, care insistă asupra faptului că receptarea muzicii este ultima care rămâne intactă în cazul degenerescentei cerebrale progresive.

Lucrările lui G. şi H. Harrer au evidenţiat existenţa unei relaţii între muzică, emoţii şi sistemul neurovegetativ. Amplitudinile oscilogramelor, care reproduc pulsaţiile vaselor sanguine, evidenţiază existenţa unor fluctuaţii care adeseori sunt foarte puternice. Uneori, persoana care receptează muzica este într-o asemenea stare emoţională, încât respiraţia sa devine neregulată şi poate să se oprească aproximativ nouă secunde. Desigur, aceste modificări sunt în funcţie de tipul constituţional al persoanei, de structura sa afectivă, de tipul de "rezonanţă intimă", de gradul de cultură muzicală, de genul muzicii (tonică, activizantă, sedativă etc.).

După opinia lui Frances (citat de Tastayre, 1968), reacţiile la mesajul muzical au un caracter şi un efect difuz la subiecţii fără cultură muzicală, dar la iniţiaţii în arta muzicală manifestările fiziologice şi psihofiziologice au tendinţa să se

organizeze, să se ajusteze la evenimentele discursului muzical. Astfel, se produce un anumit mod de reglare a ritmurilor biologice în raport cu schema temporală, dinamică şi tematică a operei muzicale. Această reglare este dependentă de unele reprezentări şi idei, care apar la nivel cortical, precum şi de activitatea subcorticală din timpul unei audiţii muzicale.

Deci, *meloterapia* este fundamentată ştiinţific în ceea ce priveşte efectele psihofiziologice şi psihice ale sunetelor cu

valoare terapeutică, contribuind la echilibrarea afectivă, stenicizarea şi restabilirea canalelor de comunicare la diferiţi subiecţi. Meloterapia contribuie la o mai bună socializare, integrare/reintegrare şcolară şi socio-profesională a persoanelor cu diferite disfuncţii, tulburări sau boli somatice şi psihice.

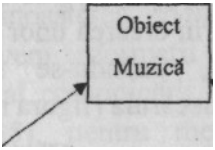
Toate cercetările au evidenţiat că dimensiunea esenţială în meloterapie nu este factorul estetic, cultural-valoric, ci *potenţialul afectiv al muzicii.* Eficacitatea meloterapiei se menţine şi în cazul subiecţilor lipsiţi de cultură muzicală dar, totuşi, şi în aceste situaţii, lucrările muzicale selectate pentru meloterapie trebuie să fie racordate la structura afectivă a fiecărei persoane. Muzica poate să reevoce şi să reînvie pe plan afectiv şi pe plan cognitiv "sedimentările" experienţelor noastre existenţiale.

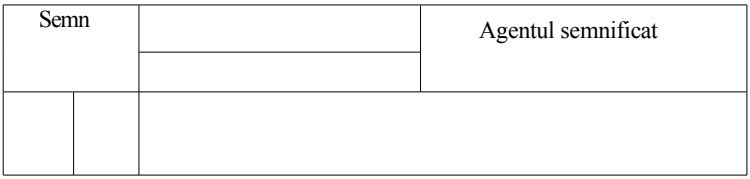
Mai mult decât alte arte, muzica îşi trage rădăcinile din straturile cele mai primitive, mai arhaice ale psihicului şi influenţează aceste straturi. Freud a utilizat termenul *"sentiment oceanic"* pentru a reda forţa afectivă a muzicii. Ledoux (citat de Cezar, 1984) consideră că registrul muzical este "simbiotic şi fuzionai", evidenţiind non-delimitarea frontierelor corporale ale persoanei care "se scaldă în muzică" şi "se leagănă pe muzică". Prin aceste aprecieri se subliniază expansiunea Eu-lui la dimensiunile universului sonor şi, respectiv, revărsarea muzicii în universul personalităţii fiecărui subiect. Muzica ar fi o "metaforă a pulsiunii" (Rosolato, 1978) deoarece intervine dialectica tensiune-relaxare. Numeroşi cercetători subliniază dubla apartenenţă a muzicii la registrele imaginarului şi simbolicului, la procesele primare şi secundare, precum şi relaţia muzicii cu

inconştientul şi cu dorinţele persoanei.

Meloterapia declanşează retrăirea unor afecte, a unor emoţii, iar pe căi ludice sau imaginare permite eliberarea, exprimarea lor. Sublimarea conflictelor, anxietăţilor şi angoaselor găseşte în materialul muzical *categorii simbolice* (figura nr. 3.1). *Categoriile simbolice* se deosebesc de *categoriile verbale şi conceptuale* pentru care cenzura

acţionează din plin. Muzica, ireductibilă la limbajul articulat, se prezintă ca un limbaj conotativ a cărei polisemie este evidentă şi care reprezintă aspecte emoţionale. Limbajul articulat se leagă de simbolizare şi de reprezentarea a ceea ce se desemnează prin cuvinte, în timp ce limbajul muzical face apel mai mult la imaginar, la emoţii şi la pulsiuni. în acest caz, apare o ireductibilă ruptură între emoţie şi expresia sa verbalizată, ca şi între muzică şi expresia sa verbalizată. Limbajul articulat şi muzica se situează în arii simbolice diferite, în arii simbolice paralele sau într-o structură specifică (Nevjinsky, 1996, p. 90).





Icon Index Simbol

Figura nr. 3.1. Interrelaţiile dintre obiect, semnul său şi agentul semnificat (după Pavlicevic, 1997, p. 29)

Datorită muzicii, prin audiere sau creaţie, atenuarea sau înlăturarea trăirilor traumatizante şi a afectelor refulate ar putea fi şi un mod de satisfacere al conştiinţei estetice. Emoţiile estetice, în particular cele muzicale, pot servi ca vehicul al stărilor afective

conflictuale, deoarece limbajul muzical este expus şi contra-forţelor emoţionale, manifestării pulsaţiilor ritmice, descărcării periodice a tensiunilor şi diminuării depresiilor. Totul se petrece ca şi când timpul muzical ar fi analog cu timpul psihologic. Astfel, emoţia exteriorizată prin limbajul muzical echilibrează subiectul, în acest sens, adesea se aminteşte faptul că şi unii creatori de geniu au reuşit sa îşi depăşească stările

nevrotice sau alte stări psihopatologice prin procesul de creaţie muzicală (Michel, 1966).

Intervenţiile meloterapeutului vor fi, desigur, mai ales muzicale şi mai puţin verbale. Transferul şi contra-transferul trebuie să fie studiate ţinând seama de specificul muzicii, chiar dacă scopul final este acela comun tuturor psihoterapiilor, şi anume de a favoriza evoluţia comunicării verbale autentice - ca modalitate de autoreglare, de echilibrare şi de stenicizare a persoanei. Obiectivul principal este de a permite articularea liberă şi mobilă a trăirii şi "gândirii muzicale", pe de o parte, şi a "gândirii verbale", pe de altă parte, prin crearea unor interrelaţii specifice între terapeut şi client, ţinându-se seama de dimensiunea muzicală şi personală a fiecăruia (figura nr. 3.2).

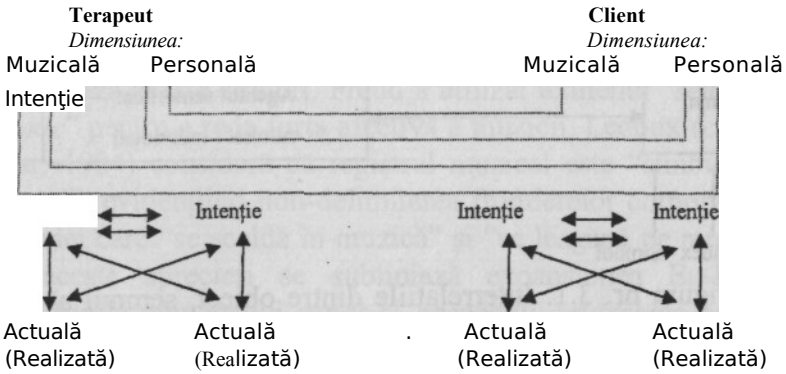


Figura nr. 3.2. Formele intenţionale şi actuale relaţionate cu dimensiunea personală şi interpersonală în meloterapie (după Pavlicevic, 1997, p. 123)

3.2. **Rolul** meloterapiei **în deschiderea canalelor de comunicare**

în meloterapie, elementele muzicii (ritm, melodie, armonie) şi, desigur, diverse piese muzicale,

sunt utilizate adesea cu scopul de a deschide diferite canale de comunicare în cazul unor subiecţi cu grave probleme în acest domeniu.

Formula generală a deschiderii canalelor de comunicare necesită câteva precizări, deoarece în raport cu ceea ce se înţelege prin *comunicare* pot exista diferenţe în alegerea mijloacelor puse în acţiune pe baza indicaţiilor de intervenţie terapeutică.

O lungă perioadă de timp s-a luat în seamă doar schema simplificată a aşa-zisei abordări cibernetice a comunicării: *emiţător-receptor,* analizându-se *codul şi feed-back-ul.* Dar unii lingvişti, precum Jakobson, precizează faptul că nu este suficientă cunoaşterea *codului* pentru sesizarea mesajelor, ci trebuie să avem informaţii şi despre *contextul verbalizat* sau *verbalizabil* al comunicării. După cum subliniază Ducourneau (1997, p. 15), pentru meloterapeuţi sunt utile precizările cercetătorilor de la "Colegiul Invizibil" şi de la şcoala Palo Alto. Cercetătorii de la Palo Alto au pus în evidenţă diverse tipuri de comunicări perceptibile, precum comunicarea de tip analogic şi comunicarea prin cuvinte rostite sau emise gestual (de exemplu, limbajul gestual al persoanelor cu surditate). Un obiect se poate reprezenta foarte bine printr-un desen (reprezentare analogică) sau prin denumire verbală ori "digitală". Gestul, atitudinea corporală, mimica, intonaţia vocii fac parte din comunicarea analogică, în timp ce comunicarea verbală sau cea "digitală" se face prin intermediul cuvântului. Meloterapeuţii sunt centraţi mai întâi pe abordarea analogică a comunicării, pentru ca subiectul să ajungă apoi la expresia verbală.

Unul dintre principiile aplicate în meloterapie este cel al "*comunicării orchestrale*" descris de Albert Schefien (citat de Ducourneau, 1979). Aici este

vorba de o imagine care vrea să sublinieze faptul că o bună comunicare presupune "orchestrarea partenerilor", implicând şi o "comuniune" sufletească. Comunicarea "orchestrală" în meloterapie presupune o relaţie şi acţiune reciprocă, care este în mod sistematic nonsimetrică.

Toţi cei care se interesează de meloterapie, au preluat ideea *"deschiderii canalelor de comunicare"* de la Rolando

Benenzon, fondatorul şi promotorul şcolii argentiniene de meloterapie, reprezentant de seamă al istoriei modeme a meloterapiei. Dintre lucrările sale amintim: *Muzicoterapie şi educaţie* (1971); *Muzicoterapia în psihiatrie* (1972); *Muzicoterapia în psihoza infantilă* (1972); *Manual de muzicoterapie* (1981).

în 1971, la primul *"Congres interamerican de muzicoterapie",* Benenzon precizează locul meloterapiei în cadrul disciplinelor şi profesiunilor paramedicale. De asemenea, cu acest prilej propune conceptele "*identitate sonoră (Iso)*" şi *complexul* "*sunet/fiinţă umană*", care va deveni câţiva ani mai târziu "*sunet/fiinţă umană/sunet*".

Complexul "*sunet/fiinţă umană/sunet*" cuprinde:

- toate elementele care produc sunete în natură, corpul uman, instrumentele muzicale;
- toate sunetele care se produc cu corpul (respiraţia, vocea umană, vocalizele etc);
- tot ceea ce se petrece pe plan fizic, acustic şi ajunge la fiinţa umană;
- studiul simţurilor care percep sunetul şi ritmul: simţul auditiv, simţul tactil-kinestezic, simţul vizual;
- răspunsurile motorii şi senzitive la sunete, precum şi comunicarea prin sunete, melodii etc.

Cercetătorii care se ocupă de *logica comunicării* şi de componentele acesteia accentuează importanţa decodificării mesajelor nonverbale. Pornind de aici, meloterapeutul va trebui să ţină seama şi de tăcerile subiectului, de bătăile ritmului de către acesta şi chiar de non-

participarea la comunicare, considerându-le ca atitudini cu un anumit mesaj, cu o anumită semnificaţie. Dar nu trebuie să se tragă concluzii asupra faptului că întotdeauna există un acord între intenţie şi acţiune (de exemplu, la persoanele cu *afazie* care nu îşi pot controla emisiunile lor verbale nici ca formă şi nici ca şi conţinut).

3.3. Locul meloterapiei în cadrul marilor curente psihoterapeutice şi aplicaţiile ei

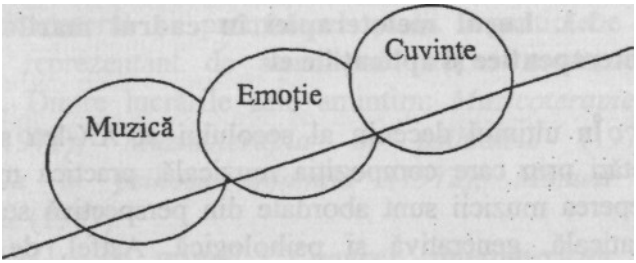
în ultimul deceniu al secolului al XX-lea s-au lansat cercetări prin care compoziţia muzicală, practica muzicală şi perceperea muzicii sunt abordate din perspectivă semiologică, gramaticală, generativă şi psihologică. Astfel, de exemplu, McAdams şi Deliege (1989), în urma unui congres internaţional, au coordonat o carte colectivă în care se abordează problematica muzicii inclusiv prin prisma ştiinţelor cognitive. Această lucrare cuprinde studii de real interes şi pentru meloterapeuţi, precum ar fi următoarele: "*Puncte de vedere ale cunoaşterii umane în cercetare şi practica muzicala[1]"* (McAdams); "*Consideraţii asupra limbajului muzicii"* (Clarke); "*Forma ca experienţă trăita*" (Deliege); "*Percepţie, compoziţie şi obiectivitate morfologică*" (Petitot); "*Muzica şi psihologia cognitivă: elemente purtătoare de formă*" (Dufourt); "*Simplicitate şi complexitate în muzică şi în cunoaştere*" (Dowling); "*Neuropsihologie, modele cognitive mintale şi tratament muzicaF* (Marin); "*Dinamica adaptativă a audiţiei muzicale*" (Leman); "*Cunoaştere şi afectivitate în interpretarea muzicală"* (Shaffer).

La nivel afectiv, muzica este considerată "un motor al emoţiilor şi al sentimentelor" (Tastayre, 1968, p. 19), stimulând zonele afective profunde. Audiţia muzicală şi expresia muzicală permit emergenţa refulării, pe baza căreia va avea loc o *activitate de analiză psihanalitică,* dar în cadrul unei relaţii specifice meloterapiei (figura nr. 3.3).

După opinia lui Verdeau-Pailles (1995, p. 122), ţinându-se seama de posibilele

semnificaţii psihodinamice ale meloterapiei, apropierile ce se pot stabili între audiţia muzicală şi vis ne permit să concepem că *meloterapia poate aparţine psihoterapiilor analitice* (figura nr. 3.4).

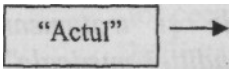
Semnificaţia psihodinamică



Semnificaţia nonpsihodinamică

Figura nr. 3.3. Muzica, emoţia şi cuvintele - cu posibilă semnificaţie psihodinamică sau nonpsihodinamică în meloterapie (după Pavlicevic, 1997, p. 142)

Semnificaţie psihodinamică relaţională / pe baza experienţelor trecute



Pur muzical

Muzică + cuvinte

U

lî

Semnificaţie nonpsihodinamică
Medicală / neurologică
Muzicală
Etnomuzicologică.

Figura nr. 3.4. Raporturile dintre "actul muzical" şi semnificaţiile sale psihodinamice sau nonpsihodinamice (după Pavlicevic, 1997, p. 141)

Meloterapia poate fi utilizată şi în terapiile cognitive, lansându-se, deci, *terapii muzicale cognitive.* Acestea au drept obiectiv să înveţe clientul să îşi modifice modul de a gândi, cu speranţa antrenării secundare a unor modificări dezirabile ale

comportamentului său. Astfel,de exemplu, Galinska (1989) a creat *"tehnica portretului muzicaF',* experimentată cu succes la Varşovia. Această tehnică rezidă în audierea de către subiect a unor piese muzicale, în care el poate să se perceapă ca într-o oglindă, în "portretul muzical" sunt reprezentate trei aspecte ale personalităţii subiectului: "*Eul de faţadă*", "*Eul ascuns*" şi *"Eul potenţiar.* Această tehnică permite o terapie mai aprofundată referitoare la *reprezentarea de sine,* la *imaginea de sine* a persoanei.

Meloterapia este utilizată şi în terapiile sistemice. In cadrul acestora, meloterapeutul se sprijină pe muzica ce poate fi audiată sau creată de clienţi, urmărind ca ei să conştientizeze contradicţiile şi paradoxurile relaţiilor lor, iar apoi să se amelioreze calitatea comunicării, încadrată în terapiile sistemice, meloterapia poate fi utilizată şi în terapia cuplului sau în terapia familiei.

Meloterapia este utilizată şi în psihoterapiile umaniste, care urmăresc valorizarea persoanei şi o mai bună înţelegere a intenţiilor acesteia în actul comunicării. Accentul este pus mai mult pe atitudinea terapeutului în cadrul relaţiei terapeutice, decât pe concepte şi tehnici. Implicarea meloterapeutului este importantă, el apelând la metode non-directive, fundamentate pe următorul postulat: reglarea comportamentului se poate face pornind de la experienţele afective trăite în prezent.

Unii cercetători, precum Verdeau-Pailles (1995, p. 120-l21), au analizat *influenţele muzicii asupra corpului omenesc,* insistând asupra impactului experienţei muzicale, a incidenţelor terapeutice ale efectelor somatice declanşate prin

componentele muzicii, precum şi asupra *utilizării meloterapiei în afecţiunile psihosomatice.* Verdeau-Pailles analizează următoarele patru aspecte pe care le sintetizăm în cele ce urmează.

a) "*Traducerea corporală*" *a experienţei muzicale.* Vibraţiile, ritmul, alternanţa tensiune-relaxare, melodia, liniştea sunt comune sunetului şi muzicii, gesturilor şi expresiilor corporale. Mecanismele emoţionale, experienţa muzicală trăită,

puse în joc, se traduc prin: *răspunsuri motrice* (modificări ale mimicii, mişcări segmentare mai mult sau mai puţin conştiente punctând ritmul muzicii); *răspunsuri cenestezice* (senzaţia de cald, de frig, de tensiune interioară); *modificări neurovegetative* (micşorarea sau accentuarea ritmului cardiac, modificări ale ritmului respirator). Dar plăcerea muzicală sau inspiraţia nu sunt reductibile la aceste procese fiziologice sau psihofiziologice. Interpretarea şi improvizaţia pun în joc gestul. Sunetul devine mod de expresie al întregului corp. După cum se exprima Schaeffer (1966), a face muzică înseamnă: "a gândi" cu mâinile care utilizează instrumente muzicale, a amenaja sursele pentru a creea obiecte muzicale şi a viza relaţionali pentru a creea structuri; a pune la dispoziţia clienţilor mijloace de a se exprima, de a comunica, de a creea sunete şi muzică, utilizând potenţialităţile pe care le au. Or, toate acestea reprezintă sarcini ale meloterapeutului.

b)*Incidenţele terapeutice ale efectelor somatice*

declanşate prin componentele muzicii au fost evidenţiate, printre alţii, de Ansermet (1987) şi Ducourneau (1997). Apropierile între ritmul muzical şi ritmurile organice pot fi evocate, fără ca totuşi să afirmăm că între ele ar fi relaţii constante, de la cauză la efect. S-au evidenţiat, de exemplu, următoarele aspecte: "andante", cadenţa existenţială, corespunde ritmurilor vitale ale unui subiect echilibrat, neanxios; "allegro" corespunde efectului stimulant iar "adaggio", ritm lent, poate

intra în rezonanţă cu
ritmul personal al subiectului depresiv, incapabil să se lase
pătruns de muzici cu un tempo mai rapid. Alterările, sincopele şi
schimbările de ritm pot antrena un efect de surpriză, favorizând
o atitudine mai activă din partea subiectului.
c)Abordând *problema muzicii şi a imaginarului*
corpului, Didier-Weil (1984), explică efectele terapeutice ale
muzicii în atenuarea sau înlăturarea simptomelor depresive,
arătând că prin transportarea în mişcările muzicale, adesea,
persoana are senzaţia că nu mai simte greutatea corpului, care

parcă se smulge din gravitaţie, scăpând de presiunea gravitaţiei şi de tensiunea psihică.

d) *Meloterapia este indicată în bolile psihosomatice.* încorsetaţi profund în universul raţionalizărilor, subiecţii care au boli psihosomatice utilizează "limbajul" fără cuvinte al organelor lor pentru a-şi traduce dificultăţile (Verdeau-Pailles, 1995). Muzica va fi, adesea, singura modalitate care ar putea să dărâme barierele incomunicabilităţii şi să le permită acestor bolnavi să îşi atenueze simptomele, evoluând în sfera comunicării.

Printre personalităţile care utilizează meloterapia în bolile psihosomatice, Verdeau-Pailles (1994, p. 121) îl aminteşte pe Schmolz, director al Institutului de Muzicoterapie de la Viena şi medic şef al serviciului de boli psihosomatice, care prin însăşi funcţiile pe care le deţine demonstrează utilitatea unei asemenea terapii.

Din cele de mai sus rezultă că meloterapia nu se limitează la domeniul psihiatric. Indicaţiile meloterapiei pot viza toate patologiile sau tulburările în care sunt prezente anxietatea, angoasa, depresia, inhibiţia, sentimentul şi atitudinea de abandon etc.

3.4. Uz şi abuz în utilizarea termenului "meloterapie". Limite ale meloterapiei

Utilizarea mai mult sau mai puţin *abuzivă* a termenului *"meloterapie"* aparţine mai ales celor care propun meloterapia în următoarele domenii: educaţia persoanelor cu surditate; profilaxia durerilor; pregătirea viitoarelor mame pentru naştere; pregătirea unei intervenţii chirurgicale; în oncologie; în cazul persoanelor muribunde. In toate aceste

cazuri se poate face întradevăr apel la *anumite piese muzicale,* mai ales în mediul spitalicesc, cu efecte pozitive în unele cazuri, pe planul unei relative echilibrări afective, dar nu se poate vorbi de *meloterapie* în adevăratul sens al acestui termen.

In pofida utilităţii meloterapiei în unele tulburări sau boli psihice sau psihosomatice, totuşi, există unele domenii în care aplicarea meloterapiei este nejustificată sub unghiul eficienţeiîn raport cu particularităţile psiho-fizice ale fiecărei persoane, meloterapia va putea să se axeze pe *planul activ (al producerii/ reproducerii unor "piese muzicale"),* pe *planul audiţiei* sau pe *ambele planuri.*

în opinia lui Prefontaine (citat de Ducoumeau, 1997, p. 118), se pot menţiona umătoarele mari direcţii privind scopul intervenţiilor meloterapeutice:

dezvoltarea şi menţinerea capacităţii de ascultare activă a muzicii;

suscitarea şi menţinerea conştiinţei şi stimei de sine; dezvoltarea şi menţinerea autonomiei prin posibilitatea persoanei de a face alegeri: de exemplu, între planul "activ"al meloterapiei, planul audiţiei sau planul mixt;

- dezvoltarea şi menţinerea conştiinţei şi stimei faţă de alţii, comunicând cu aceştia prin intermediul muzicii şi vorbirii.

Adeseori se face confuzia între meloterapie şi simplele "intervenţii muzicale" în mediul spitalicesc. Cele două acţiuni, deşi sunt utile şi complementare, nu urmăresc, totuşi, aceleaşi obiective. In cadrul *aplicaţiilor* "*delicate*" ale meloterapiei Ducoumeau (1997) le menţionează pe cele din domeniul *geriatriei* şi *toxicomaniei,* în instituţiile pentru *persoane de vârsta a treia,* ca şi în cazul *toxcomanilor* aplicarea meloterapiei presupune o abordare individualizată, personalizată, realizată prin munca în echipă.

Utilizarea meloterapiei la vârsta a treia, în *geriatrie,* este *delicată* deoarece trebuie să se ţină seama de specificul stării psiho-fizice a fiecărei persoane,

de antecedentele sale sub unghiul stării de sănătate/boală, de imaginea de sine şi stima de sine, de mecanismele de coping pe care le posedă etc.

în multe ţări occidentale, psihologi care au urmat stagii de formare în meloterapie sau ortofonişti formaţi în meloterapie, în instituţii specializate, au utilizat meloterapia la persoane cu boala Alzheimer. S-a pornit de la ideea că "fundamentele limbajului sunt de natură muzicală, iar în procesul dezvoltării sunt anterioare funcţiilor lexicale şi semantice" (Aldrige, 1995).

în *toxicomanie* meloterapia se relaţionează cu intervenţiile verbale, prin care atenţia subiectului este focalizată asupra unor probleme extrem de precise, concrete şi reperabile. Astfel, dacă se utilizează audiţia muzicală, pe baza reperării frazei muzicale, subiectul este întrebat de ce îi place aceasta? Sau, de exemplu, se întreabă subiectul pentru ce are senzaţia sau sentimentul de plăcere sau neplăcere după o *audiţie tehnică*"? Pentru toate acestea este necesar să se facă apel la un meloterapeut care să fie expert în analiza muzicală, punându-se accentul pe munca în echipă, în cadrul căreia alături de meloterapeutul cu pregătire de bază muzicală, să fie inclus şi un psiholog care a parcurs un stagiu de formare în meloterapie.

Meloterapia - ca formă specifică de psihoterapie prin mediere artistică - se bazează pe asocierea muzicii la ansamblul lumii sonore a subiectului. Acţiunea terapeutică nu este eficientă decât dacă meloterapeutul ţine seama de toate aspectele personalităţii "psiho-muzicale" ale subiectului şi dacă elaborează şi aplică o metodologie riguroasă individualizată (Verdeau-Pailles, 1995, p. 118). Terapia muzicală trebuie să includă un proiect de susţinere psihologică şi psihopedagogică personalizat, derularea

proiectului fiind evaluată periodic sub unghiul eficienţei.

3.5. Indicaţii terapeutice ale unor creaţii muzicale

Reinecke (citat de Cezar, 1984), într-o lucrare dedicată comunicării muzicale şi muzico-terapiei, a evidenţiat trei profiluri în cadrul unei "fiziologii muzicale comunicative":

a) profilul de polaritate; b) profilul de afinitate; c) profilul bazat pe dimensiunile sensului muzical pentru un anumit subiect. In funcţie de aceste tipologii, respectiv în raport cu specificul tulburărilor psihice ale diferitelor persoane, se poate utiliza o *fişă specială* destinată influenţei muzicii în diferite stări afective, în funcţie de particularităţile personalităţii subiectului (Tabelul H).

Tabelul H

Fişa pentru studiul influenţelor muzicii în diferite stări afective, în funcţie de personalitatea subiectului

Numele şi prenumele:_____

Cultura muzicală:_____

Vârsta:_____

Diagnosticul:_____

Titlul piesei muzicale:

Partea din operă audiată:

Compozitor:

Marca şi referinţa discului (casetei, compact-discului):

Stări afective	Niveluri de intensitate				
	1	2	3	4	5
Tristeţe					
Nostalgie, amintiri nostalgice					
Speranţă Linişte, relaxare					
Seninătate, calm, înălţare					
Impresie de mărire Sentiment de putere, forţă, triumf					
Veselie, bucurie, plăcere					
Senzaţie de zdrobire, de greutate Tensiune, crispare					
Emoţii estetice Alte stări afective					

Experienţa dobândită în domeniul terapiei muzicale a permis selectarea unor creaţii destinate diferitelor tulburări psihice. Iată câteva exemple:

1. *în cazurile de tensiune nervoasă:*
   "Nocturna a V-a" de Chopin.
   "Uvertura la "Parsifal" de Wagner.
2. *Pentru relaxare:* sunt indicate piesele muzicale cu ritm lent, constant, cu o structură melodică relativ monotonă (dar nu de genul zumzetului), precum şi ritmurile asiatice specifice Extremului Orient, Orientului Apropiat şi Indiei.
   Pentru *destindere şi relaxare* sunt indicate şi următoarele piese:
   "Requiem" de Faure.
   Apocalipsul animalelor "Cântecele naturii" (Ciripitul păsărilor, murmurul izvoarelor, valurile mării) de Papatanasiu. "Sonata pentru flaut, alto şi harfă" de Debussy. Prolog la "Frumoasa din pădurea adormită" de Ceaikovski.
   "Concertul nr. 4 pentru vioară şi orchestră în re minor" de Păgânim.
   "Simfonia cu orgă nr. 3 în do minor" de Saint-Saens.
3. *Pentru calmare:*

"Concertul nr. 5 pentru pian şi orchestră (Imperialul)"; Adagio din "Sonata pentru violoncel şi orchestră în sol minor" de Beethoven.

Adaggio din simfonia "Lumea nouă'** de

Dvorak.
"Simfonia nr. 3" de Mahler.
Psalmul din "Laudatio Dominus" de Monte verdi.
"Rosamunda" de Schubert.

4. *In surmenaj:*
Poemul "Vltava" de Smetana.
5. *In cazurile de insomnii:*
"Reverie" de Schuman.
"Ave Măria" de Schubert.
"Primul şi al doilea preludiu" din "Clavecinul bine temperat", volumul I, de Bach.
"Concertul pentru pian şi orchestră nr. 21" de Mozart.
6. *Pentru atenuarea sau eliminarea tristeţii profunde:*
"Concertul pentru pian în re minor" de Mozart.
"Recviemul" de Mozart.
Prima parte din oratoriul "Creaţiunea", sonatele pentru pian şi ultimele simfonii de Haydn.
Prima parte din Simfonia a VUI-a "Veni Creator Spiritus" de Mahler.
7. *In terapia stărilor conflictuale şi depresive:*
"Clar de lună" de Debussy.
8. *In combaterea migrenelor:*
Uvertura "Fidelio" de Beethoven.
"Un american la Paris" de Gershwin.
Opera "Don Juan" de Mozart.
9. *Pentru stimularea atenţiei şi memoriei şi în caz de surmenaj intelectual:*
"Fugile" de Bach.
10. *Pentru sporirea eficienţei învăţării,* sunt recomandate concertele în stil baroc, cu ritmuri de tip adaggio, largetto, largo, piese muzicale al căror ritm se corelează cu ritmul respiraţiei şi

citirii ritmi
ce a textului de memorat, în acest sens, specialiştii
propun, printre altele, următoarele creaţii muzicale:

"Concertul în sol minor pentru flaut şi coarde" de Bach.

"Sarabanda" din "Concertul nr. 7 în re minor", "Preludiu" din "Concertul nr. 8 în mi minor", "Preludiu" din "Concertul nr. 9 în la major", "Sarabanda" din "Concertul nr. 10 în fa major" de Corelli.

"Concertul nr. l în si major ("Freamătul pădurii şi al izvoarelor") de Händel "Largo" din "Fantezia dublă în sol major pentru harpă", "Largo" din "Concertul în sol major pentru violă şi coarde" de Telemann.

"Largo" din "Iarna - Cele patru anotimpuri" de Vivaldi.

11. *Pentru stimulare generală şi creşterea stenicităţii* sunt recomandate:

Uvertura de la opera "Maeştri cântăreţi" şi "Marele marş" din opera "Tanhauser" de Wagner. "Marşul triumfal" din opera "Aida" de Verdi. Actul V din opera "Faust" de Gounoud. Se poate spune că în meloterapie ideea utilizării diverselor muzici este totalmente acceptată, dar, totuşi, acest demers trebuie să fie raţional, ţinând seama de impactul psihologic al diferitelor structuri melodice asupra subiecţilor. Meloterapia poate fi indicată fie în cadrul unei relaţii duale, fie în cadrul unui grup mic, fiind inclusă în cadrul unei abordări complexe, propusă de o echipă multidisciplinară.

3.6. Metode utilizate în meloterapie

Din punctul de vedere al modului de defăşurare a activităţilor, meloterapia se poate împărţi în două forme: *receptivă* şi *activă.* Dar, în general, în meloterapie se asociază receptivitarea muzicii şi participarea muzicală activă a clientului. Astfel, în loc să distingem net *metodele receptive* şi

metodele active - arată Verdeau-Pailles (1995, p. 123) - am fi mai aproape de realitate dacă am vorbi de *metode bazate pe audiţii muzicale* şi *metode bazate pe improvizaţie şi creativitate muzicală.*

a) *Metode bazate pe audiţii muzicale* Forma *receptivă* sau *indirectă* a meloterapiei rezidă în audierea unor fragmente sau opere muzicale de către -subiecţi. Dar aceasta nu înseamnă că subiecţii sunt pasivi, deoarece activitatea de receptare muzicală solicită prin ea însăşi o doză de activism, de trăire afectivă de un anumit specific. Muzica oferită spre a fi ascultată întâlneşte "muzica interioară" a auditorului, iar această punere în rezonanţă este garantul valorii terapeutice a meloterapiei.

Rezonanţa afectivă a unei opere muzicale este rezultanta punerii în relaţie a sunetelor obiectului/obiectelor muzicale, a instrumentelor muzicale cu elemente ale personalităţii subiectului precum: trebuinţele, motivele, stările afective, dorinţele, interesele. Sunetele muzicale audiate întâlnesc reminiscenţe melodice din memoria de lungă durată a subiectului, iar fredonarea melodiei se produce printr-o oscilaţie între "interior"şi "exterior" (Rosolato, 1978). Audiţia muzicală este obiectul tehnicilor individuale, precum şi al tehnicilor de grup, care utilizează *montaje muzicale* realizate pentru un obiectiv terapeutic precis. *Tehnicile montajelor muzicale* cu obiective terapeutice se pot ataşa, în acelaşi timp, concepţiilor psihologiei umaniste, teoriilor comportamentale, teoriilor cognitive sau tehnicilor analitice, atunci când intervine pauza verbală.

în opinia lui Rosolato (1982, p. 162) audiţia muzicală se desfăşoară între "asceză şi jubliare", având *trei forme:*

o *ascultare tehnică,* ataşată construcţiei

şi structurii muzicale, vizează recunoaşterea, fiind tributară timpului şi rememorării; se doreşte a fi de nuanţă analitică, dar adesea este limitată prin iruperea iraţionalului şi a metaforei;

.

- o *ascultare evocatoare* care ia în seamă metafora ca deschidere spre o infinitate de semnificaţii şi care, în mod subiectiv, se prelungeşte în reverie, suscitând asociaţii personale;

o *ascultare* "*hipnotică*" ce îşi găseşte finalitatea în extaz şi transă, implicând o retragere totală din realitate, persoana abandonându-se audiţiei muzicale, cu renunţarea la orice rezistenţă; la acest nivel se poate vorbi de un "sentiment oceanic", într-o trăire aproape halucinatorie, ascultarea hipnotică a muzicii apropiindu-se de un onirism nedelirant, b) ***Metode bazate pe improvizaţie sau/şi creativitate*** Aceste metode fac apel la aptitudinea clientului de a se exprima şi de a comunica prin sunete muzicale, în mod direct -graţie unui joc instrumental-melodic -- în care gestul sau suflatul mediază relaţia. Clientul ajunge la improvizaţii sau aspecte creative, prin intermediul obiectului sonor. Muzica astfel creată poate fi uneori chiar o compoziţie muzicală elaborată. Dar cel mai adesea ea este o improvizaţie a cărei valoare terapeutică rezidă în expresia emoţională şi în comunicarea specifică, iar aspectul estetic nu are importanţă, valoarea estetică în sine nefiind căutată prin demersul meloterapeutic.

Cercetările şi experienţele din domeniul meloterapiei au demonstrat că instrumentele de percuţie (castanietele, tamburinele, ţambalele, xilofoanele, tobele etc.) facilitează comunicarea mai ales în cazul copiilor cu deficienţă mintală severă, a copiilor anxioşi sau a celor foarte timizi. De exemplu, Popovici şi Mitu (1991), amintesc experienţa de la *Centrul de recuperare Folke Bernadotte*

din Suedia. Astfel, în această instituţie, pe baza unei abordări mixte a celor două forme de meloterapie (receptivă-şi activă), se utilizează cu bune rezultate asocierea a două instrumente: pianul şi toba. O şedinţă de meloterapie se desfăşoară, în general, în felul următor: mai întâi, aşezat într-un fotoliu, copilul ascultă diverse melodii interpretate la pian de meloterapeut. Acesta urmăreşte reacţiile copilului, cu scopul de

a stabili frecvenţele preferate - înalte sau grave - cu ajutorul cărora va determina reacţiile emoţionale ale subiectului, cauzate de o vibraţie afectivă autentică la muzica ascultată. Apoi, i se dă copilului o tobă şi i se cere să bată ritmul melodiei ascultate, în acest mod copilul fixează ritmul şi, bătând toba, îşi antrenează psihomotricitatea şi îşi exprimă anumite stări afective. Pentru acompaniament se poate folosi, de exemplu, o muzicuţă cu clape, care impune folosirea degetelor de către anumiţi subiecţi.

Pentru calmarea subiecţilor anxioşi sau a celor cu hiperkinezie se pot utiliza instrumente care emit sunete prelungi, ca de clopoţei, deosebit de armonioase.

Tot în acest context amintim faptul că la *Centrul maieutic* din Lausanne (Elveţia), se aplică o psihoterapie şi o meloterapie prin construirea şi utilizarea unor fluiere din bambus. Construirea unui instrument de suflat şi crearea manuală şi auditivă a sunetelor pe care instrumentele respective le emit permit parcurgerea tuturor etapelor acestui gen de învăţare şi de terapie muzicală, cu un maximum de adeziune ludică şi de participare conştientă. Este o tehnică destul de complexă, care se bazează pe cunoaşterea materialului din care se construiesc fluierele, învăţarea mânuirii instrumentelor, iniţierea muzicală, stăpânirea tehnicii de suflat şi participarea la o activtate de grup, încercându-se realizarea unor piese de nuanţă creativă. Asemenea demers este util pentru psihoterapia utilizată în cazul anxietăţii, a disjuncţiei dintre gândire şi acţiune, a stărilor de inhibiţie a expresiilor emoţionale şi a inteligenţei etc.

Nevjinsky (1996, p. 105) subliniază necesitatea de a pune la dispoziţia adolescenţilor

posibilităţi de sublimare a tensiunilor ideo-afective şi de exprimare creativă. Muzica pe care aceştia o creează se prezintă ca o formă sublimată a conflictelor şi tensiunilor afective. Pornind de la cunoaşterea structurii psihice a adolescentului şi a capacităţilor sale de schimbare şi de dezvoltare personală, prin dinamica muzicală, prin înscrierea ei în temporalitate, se pun în evidenţă avatarurile

dinamicii adolescentine, dificultăţile şi obstacolele întâlnite de tânăr, precum şi punctele de sprijin stabile ale personalităţii sale; cu alte cuvinte, se evidenţiază supleţea funcţionării psihice a adolescentului. Astfel, întâlnirea dintre adolescent şi muzică se poate situa la nivelul regresiei, al posibilităţilor de exprimare fantasmatică şi emoţională, al capacităţilor de sublimare sau al supleţei în utilizarea mecanismelor defensive. Dacă se consideră că muzica determină condiţiile unei arii tranziţionale, atunci impactul acesteia este determinant pentru subiect în privinţa căutării identităţii sale. Aria jocului şi a experimentării, baia sonoră narcisică, libertatea de expresie în relaţie cu *principiul plăcerii* etc. sunt posibile sub cupola acestui cadru socializat şi cultural recunoscut, în care intervine *principiul realităţii.* Supra-Eul îşi găseşte locul său sub forma reglării construcţiei formale şi a armonizării sau contra-punctului, în care reperele în structura tonală şi ritmică ale operei rămân prezente, ca garanţii că nu totul se va prăbuşi.

Parafrazându-l pe Winnicott (1976), putem spune că plăcerea actului creator are valoare terapeutică, clientul simţindu-se într-un spaţiu, într-un loc şi un timp în care totul poate fi jucat şi rejucat pe baza unei energii creatoare, care devine mobilizatoare şi echilibrantă.

Pentru un subiect sau un grup de subiecţi, alegerea metodelor se va face în funcţie de patologie, de trăsăturile personalităţii în general şi de "personalitatea lor psihomuzicală" în special, precum şi în raport cu diferite alte terapii asociate meloterapiei.

3.7. Receptivitatea muzicală şi testele

psiho-muzicale

In lucrări precum cele publicate de Verdeau-Pailles (1981) şi Nevjinsky (1996) este analizată problema receptivităţii muzicale şi a interpretării testelor psiho-muzicale.

Verdeaux-Pailles şi colaboratorii săi (1981) propun realizarea unui "*bilanţ psiho-muzicar* prin parcurgerea a trei etape care urmăresc: o convorbire referitoare la gusturile/ preferinţele muzicale ale subiectului, un test de receptivitate muzicală şi un test de meloterapie activă.

Testul de audiţie a operelor muzicale se compune din 10 fragmente ale unor piese muzicale cu tonalitate afectivă diferită. *Durata* fiecărui fragment muzical era de la 1'30" la 2'30", alegerea fragmentelor bazându-se pe criterii statistice. *Ordinea prezentării* fragmentelor muzicale s-a bazat pe alternanţa operelor cu caracter anxiogen şi a celor cu caracter liniştitor. Pentru fiecare fragment muzical au fost reţinute următoarele caracteristici:

o operă descriptivă, securizantă, urmărind să se faciliteze accesul la testul psiho-muzical fără să se provoace reacţii anxioase date de stimulii sonori; o operă grea, care

exprimă şi induce nelinişte, îngrijorare;

- o operă sentimentală, în opoziţie cu caracterul mai tragic al fragmentului precedent;
- o operă intimă, afectogenă, călduroasă, amplă şi securizantă, favorizând exprimarea sentimentelor;
- o operă insolită în raport cu stilul general al bandei muzicale;
- o operă de tranziţie, de întoarcere la stilul director al bandei muzicale;
- o "operă capcană", în sensul că nu este o bucată muzicală, ci sunt diferite zgomote;
- o operă liniştitoare, formând, de asemenea, tranziţia şi marcând o reîntoarcere la stilul dominant;
- o operă non-occidentală (din spaţii culturale neoccidentale);
- o operă echilibrată şi grandioasă,

neanxiogenă,
suscitând un climat
calm.

în raport cu aceste criterii, s-au realizat mai multe benzi sonore cu fragmente din opere clasice, din muzică de film şi de varietăţi, într-o ultimă selecţie s-au reţinut fragmente din muzica clasică şi de varietăţi, benzile muzicale fiind etalonate pe o populaţie adultă. Apoi s-a verificat validitatea şi interesul pentru 30 de fragmente muzicale pe un lot de 300 adolescenţi, ştiut fiind faptul că receptivitatea şi reactivitatea adolescenţilor la diferite genuri de muzică diferă de cea a adulţilor.

O serie de anchete şi de investigaţii preliminare au permis să se precizeze climatul afectiv al fiecărui fragment muzical, reţinându-se 10 fragmente. Pentru această selecţie s-a analizat corespondenţa dintre adjectivele utilizate pentru caracterizarea fragmentului muzical, fâcându-se apel şi la asociaţiile libere şi la metoda diferenţiatorului semantic. S-a stabilit un profil al fiecărui fragment, pe baza unor dimensiuni bipolare, ca: *tristeţe-bucurie; agitaţie-calm* etc. (Nevjinsky, 1996, p. 108). Banda finală, care poate fi utilizată atât în cazul adulţilor cât şi al adolescenţilor, fără modificări majore, este compusă din următoarele fragmente muzicale:

1)Saint-Saens: fragment din *Carnavalul animalelor,*
2)Ceaikovski: *Simfonia nr. 6,* sfârşitul din *"Adaggio lamentoso";*
3)Bachelet: *O şi întâlnirea* (muzică de film);
4)Orff: fragment din *Carmina Burana ("DestinuF");*
5)Xenakis: *Persepolis* (fragment);
6)Polnareff: varianta orchestrală a cântecului *Suflete drăgăstoase;*
7)Zgomote dintr-un atelier de feronerie;
8)Vivaldi: a doua parte din *Iarna* - fragment din *Cele*

patru anotimpuri;

9)Muzică iraniană: *Sagah;*

10)Orff: finalul de la *Carmina Burana.*

Analiza protocoalelor muzicale necesită o grilă de cotare ce pune în evidenţă modul de reacţie privilegiat al subiectului la stimulul muzical. Se ia în seamă capacitatea de rezonanţă

emoţională a adolescentului, disponibilitatea trăirii sale afective, modalităţile/mecanismele de apărare pe care le dezvoltă, mobilitatea investiţiilor afective. Nevjinsky (1996) a investigat impactul muzicii asupra răspunsurilor adolescenţilor la testul Rorschach, iar în grila de cotare la testul muzical ne prezintă procentajul diferitelor tipuri de răspunsuri (Tabelul UT).

Tabelul m

Procentajul diferitelor tipuri de răspunsuri obţinute prin aplicarea testului muzical şi a testului Rorschach (după Nevjinsky, 1996, p. 324)

Tipuri de răspunsur	Băieţi 13 ani	Băieţi 14 ani	Băieţi 15 ani	Fete 13 ani	Fete 14 ani	Fete 15 ani	Total
DESCRIPTIVE Vizuale complexe Motorii	26 8	25 7	20 7	24,5 4,5	22 6	24 5	24 6
AFECTIVE Afective pure Asociaţii	16 4	16 5	12 5	14 6	13 3	10 2	13,5 4
REGRESIVE Senzaţii cenestezice Senzaţii auditive Sen/aţii simple	2 3,5 7 3	3 5 10 1,5	4 3,5 9 1	2 3 5,5 4	1,5 3 8 1	5 3 9 1	2,5 3,5 8 2
DEFENSIVE Abstracţii şi concepte	1,5	4	3,5	3	4,5	4	3

Distanţare	5	1,5	3,5	7	4,5	4	4
Negare, anulare	2,5	5	6	5	4	4	4,5
Identificare, intelectualizare	7,5	8,5	9	8	12,5	11	9
Judecăţi de valoare	4	4	4	4	4	4	4
Sărăcie ideatică	8	4	7	5	8	10	7
COMPORTA-MENTALE Refuz Comportament agitat	1 1,5	1 1	1,5 3	2 3,5	0,5 4,5	3 2,5	1,5 2,5

Graţie asocierii testului muzical cu testul Rorschach, în utilizarea noţiunii **receptivitate muzicală** se ţine seama de

originalitatea subiectului în mânuirea şi interpretarea planşelor, de abilitatea sa de trece de la o modalitate senzorială la alta şi de capacitatea de a integra diferitele solicitări proiective şi regresive.

Analiza rezultatelor realizată de Nevjinsky (1996, p. 168-l72) evidenţiază faptul că există o corespondenţă destul de importantă între climatul afectiv al muzicii şi alegerea unor planşe Rorschach. Analiza calitativă a rezultatelor permite punerea în relaţie a rezonanţei afective a muzicii şi a valorii simbolice a planşelor, prin studierea conţinuturilor şi a modificărilor răspunsului iniţial produse prin muzică. Asociaţiile realizate de subiecţi la planşele- Rorschach dovedesc strânsa dependenţă a muzicii de răspunsurile la planşele Rorschach, legătura dintre climatul emoţional şi dinamica muzicii, pe de o parte, iar pe de altă parte, valoarea simbolică a planşelor Rorschach şi a percepţiilor şi reprezentărilor induse de acestea. Semnificaţia şi interesul acestor asociaţii sunt studiate în funcţie de mecanismele de "deplasare" şi de "condensare" pe care acestea le pot pune în lumină. Se pare că adolescenţii triază şi selecţionează planşele după climatul afectiv resimţit ca fiind comun şi atribuit diverselor reprezentări date în timpul primei examinări cu testul Rorschach. Climatul emoţional global se evidenţiază mai net o dată cu receptarea fragmentelor muzicale.

Bibliografie

Adorno, Th.W. (1973), *Types de comportement musical,* "Musique en j eu", nr. 9-l2.

Aldridge, D. (1995), *De la musique en tant que therapie de la*

maladie d'Alzheimer, "Alzheimer Actualites", mai.
Ansermet, E. (1987), *Leş fondaments de la musique dans ia conscience humaine,* "Nouv. Ed. Rev.", La Baconniere, Neuchâtel.
Barros, J. (1974), *Recherches pratiques d'une musicotherapie active en milieu psychiatrique,* Memoire A.R.A.T.P.

Benenzon, R.O. (1974), *La musicotherapie et l'autisme infantile,* "Annales de psychotherapie", nr.9, Supl., p. 5l-59.

Berthomieu, A. (1994), *Musicotherapie en oncologie,* Non-verbal/AMBx.

Bouvier de Lamotte, C. (1976), *La musicotherapie et son rapport avec la demarche analitique (reflexions philosophiques),* Bulletin de l'A.R.A.T.P., nr. 2, p. 28-30.

Briolais-Bonichon, F. (1994), *L'Enfant polyhandicape. Musicotherapie,* Non-verbal/AMBx.

Cezar, C. (1984), *Introducere în sonologie,* Editura Muzicală, Bucureşti.

Didier-Weil, A. (1984), *Breve remarque psychanalitique sur la musique,* "Revue Francaise de Musicotherapie", 4, l, p. 24-25.

Ducoumeau, G. (1997), *Elements de musico-therapie,* Dunod, Paris.

Galinska, E. (1989), *La musico-therapie cognitive: portrait musical dupatient,* "Revue de Musicotherapie", 9, l, p. 33-61.

Guilhot, J., Lecourt, J. (1973), *La musicotherapie et Ies methodes des nouvelles d'association des techniques,* E.S.F., Paris.

Guirado, F. (1993), *Deficience mentale et musicotherapie,* Non-verbal/AMBx.

Guiraud-Caladou, J., Verdeau, P. (1976), *Lapratiques musicales en milieu specialise,* Dunod, Paris.

Harrer, G., Harrer, H. (2002), *Musique et therapeutique,* www.arfe-cursus.com/musicotherapie2.htm. Houllebrecque, M. (1994), *De la partition ă la melodie, communication non-verbale et projet institutionnel d'un Institut d'Education Motrice pour enfants,* Creativite et polyhandicaps -Musique â corps (accord) majeur, 4eme colloque de la Forge Formation, Universite de Metz.

Jacquemot, A., Jacquemot, F. (1994), *La musicotherapie de la stimulation psycho-sensorielle (concept "snoezelen ") au service de la creativite du sujet polyhandicape, la formation la dinamique institutionnelle,* Creativite et polyhandicaps -

Musique â corps (accord) majeur, 4eme colloque de la Forge Formation, Universite de Metz.

Lavalou, M. (1994), *Essai d'approche d'enfants polyhandicapes par le biais de la musique,* Creativite et polyhandicaps - Musique â corps (accord) majeur, 4eme colloque de la Forge Formation, Universite de Metz.

Lecourt, E. (1993), *Analyse de groupe et musicotherapie. Le groupe et le sonor,* E.S.F., Paris.

Levi-Strauss, K. (1964), *Le cm et le cuit,* Pion, Paris.

Lupu, J. (1988), *Educarea auzului muzical dificil,* Editura Muzicală, Bucureşti.

Madrange, J. (1994), *Estime de soi et esthetique,* Creativite et polyhandicaps Musique â corps (accord) majeur, 4eme colloque de la Forge Formation, Universite de Metz.

McAdams, S., Deliege, I. (1989), *La musique et Ies sciences cognitives,* Mardaga, Bruxelles.

Michel, A. (1966), *L'ecole freudienne devant la musique,* Scorpion, Paris.

Nevjinsky, F. (1996), *Adolescence, musique, Rorschach. Impact de la musique sur le Rorschach de l'adolescent,* Publication de l'Universite de Rouen, nr. 215.

Pavlicevic, M. (1997), *Music Therapy in Context Music, Meaning and Relationship,* Jessica Kingsley Publ., London.

Popovici, D., Mitu, P. (1991), *O experienţă suedeză: Folke Bernadotte,* "Revista de educaţie specială", nr. l.

Prefontaine, J. (1999), *La musicotherapie aupres des personnes âgees en Centre d'accueil et en Centre de jour,* "Musique-Therapie-Communication", nr. 16-l7.

Reicher, S. (1974), *Communication non-verbale et musicotherapie,* "Annales de psychotherapie", nr. 9, Supl.

Rosolato, G. (1978), *Essais sur le symbolique,* Gallimard, N.R.F., Paris.

Rosolato, G. (1979), *L'oscillation metaphoro-metonymique,*

"Relation d'inconnu", Gallimard, Paris.

Rosolato, G. (1982), *L'ecoute musicale comme meditation,* în: CAIN, "Psychanalyse et musique", Leş belles lettres, p. 139-154.

Rosolato, G. (1982), *La haine de la musique,* în: CAIN, "Psychanalyse et musique", Leş belîes lettres, Paris.

Rosolato, G. (1985), *Elements de l'interpretation,* Gallimard, NRF, Paris.

Rozorea, A., (2001), *Stimularea învăţării ia deficientul vizual prin tehnici terapeutice de grup,* Teză de doctorat, Bucureşti.

Tastayre, R. (1968), *Musique et reeducation ,* "Leş cahiers de l'enfance inadapte", nr. 5, p. 18-25.

Vallee, R. (1986), *Begaiment, Inhibition, Musicotherapie,* Nonverbal/AMBx.

Vallee, R. (1986), *L'Intervention reeducative dans l'espace du langage,* Nonverbal/AMBx.

Verdeau-Pailles, J. (1973), *Introduction de la musicotherapie ă l'hopital psychiatrique,* "Actualites psychiatriques", nr. 5, p. 45-50.

Verdeau-Pailles, J. (1981), *Le bilan psycho-musical et la personalite,* Ed. J.M. Fuzeau, Courlay.

Verdeau-Pailles, J. (1995), *Musicotherapie,* în: J. Richard, L. Rubio (1995), "La therapie psychomotrice", Masson, Paris.

Winnicott, D.W. (1976), *Jeu et realite. L'espace potentiel,* Gallimard, Paris.

http:// www.la-forge-formation.com.fr/4_colloque.htm

http:// ww^^.la-forge-fonTiation.com.fr/accueil.htm